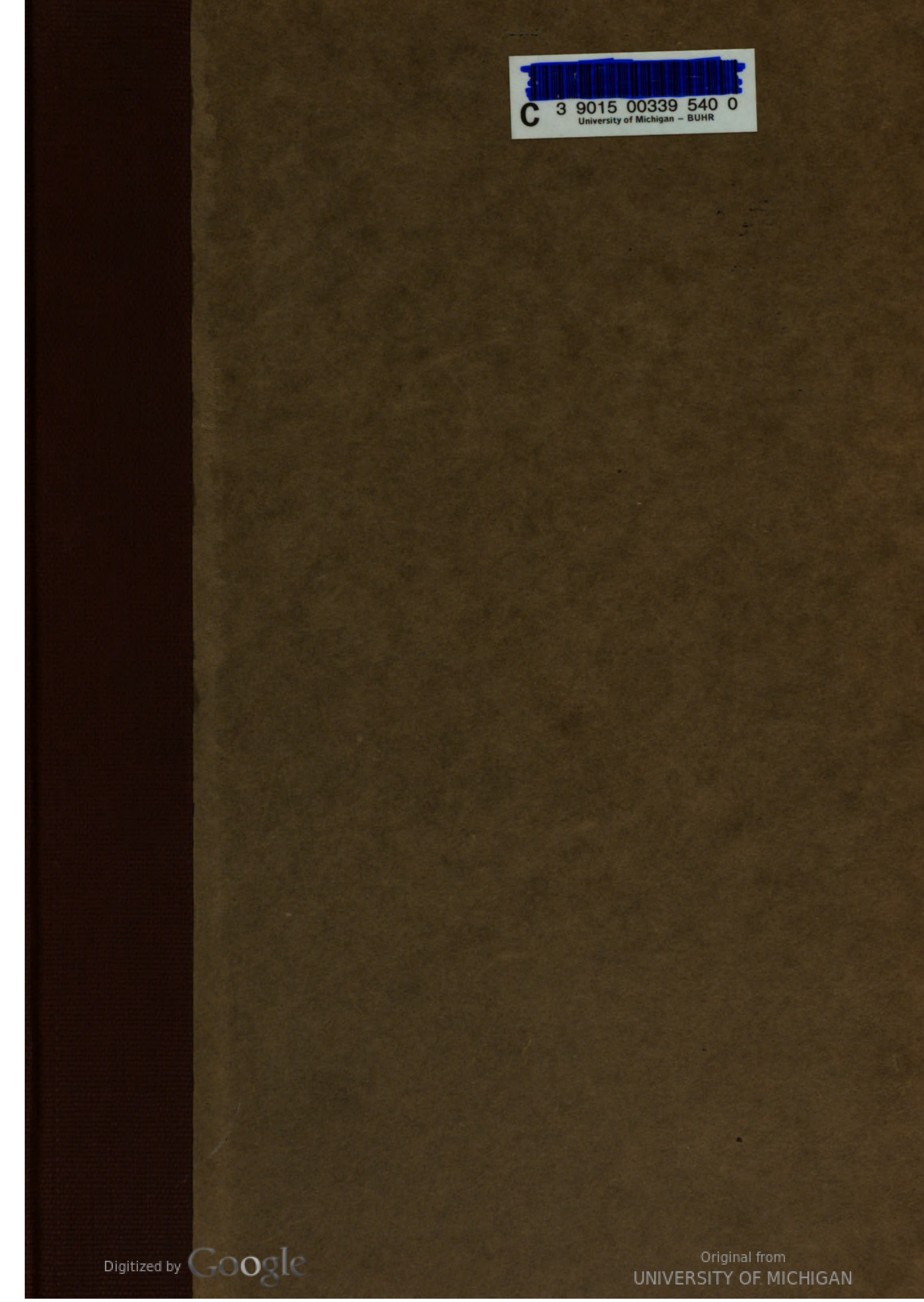

C 3 9015 00339 540 0
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Geh. San.-Rat Prof. Dr. **K. Alt** Uchtspringe (Altmark), Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle, Chefarzt San.-Rat Dr. **Beyer,** Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, Sanitäts-Rat Dr. **Deiters,** Grafenberg, Sanitätsrat-Rat Dr. **Falkenberg,** Herzberge (Berlin), Medizinal-Rat Dr. **Fischer,** Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer,** Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting,** Galkhausen (Rhl.), Geh. Med.-Rat Dr. **Ilberg,** Sonnenstein b. Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge,** Potsdam, Dir. Dr. **Lehmann,** Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin,** Treptow a. R., Dir. Dr. v. **Olah,** Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz,** Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß,** Wien, Geh. Rat Prof. Dr. **E. Schultze,** Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger,** Mauer-Öhling (N.-Ö.), Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke,** Eglfing b. München, Prof. Dr. **H. Vogt,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt,** Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Sanitätsrat **Dr. J. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Neunzehnter Jahrgang 1917/18.



Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)





Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Druck Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)



Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 1/2. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. **Kreuser**, Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing bei München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 1/2. 31. März **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über den Wirkungsmechanismus der parenteralen Proteinkörpertherapie bei lokalen Entzündungsherden, mit besonderer Berücksichtigung der v. Wagner'schen Paralyse-Behandlung.[1])

Von Dr. **Rudolf Müller,** Privatdozent für Dermatologie und Syphilidologie in Wien.

Meine Herren!

Es wird heute wohl ziemlich allgemein anerkannt, daß die v. Wagnersche Paralyse-Behandlung in manchen Fällen von Paralyse unverkennbare therapeutische Effekte erzielt. Wenn dieses seit Jahren geübte Verfahren bisher eine besondere Änderung in der Anwendungsart nicht fand — eine Änderung, die vielleicht befähigt wäre, eine sicherere und verstärkte Wirkung auf die Paralyse auszuüben —, so liegt dies vor allem daran, daß wir über den Mechanismus der therapeutischen Wirksamkeit vollständig unorientiert sind. Wir haben wohl darüber Vorstellungen allgemeiner Natur, daß die Defensine, wie Petruschky die Schutzprodukte des Organismus zusammenfassend nennt, durch die Tuberkulin- oder Eiweißbehandlung vermehrt werden, aber in welcher Weise dies geschieht und welcher Art die Verteidigungsstoffe sind, das blieb bisher vollständig unklar.

Ich habe nun mit Injektion von artfremdem Eiweiß verschiedene andere Entzündungsprozesse behandelt und konnte durch klinische Beobachtung sowohl der Krankheitsherde als der Reaktion des Organismus eine Anschauung über die Wirksamkeit dieser Therapie gewinnen, die, wenn sie sich, wie ich hoffe, in der Hauptsache als richtig erweist, vielleicht auch von Bedeutung für die Ausbildung der Paralysebehandlung sein könnte.

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien, am 11. April 1916.

Bevor ich auf letzteren Punkt näher eingehen kann, muß ich Sie um die Geduld bitten, mir bei meinen Ausführungen bezüglich der Wirksamkeit der Proteinkörpertherapie auf andere entzündliche Prozesse zu folgen.

Ich behandelte vor allem gonorrhoische Komplikationen mit Milchinjektionen, Natrium nucleinicum und Deuteroalbumose, und konnte über diese mit Weiß ausgeführten Versuche bereits berichten. Weiterhin zog ich auch andere entzündliche Prozesse in den Kreis meiner Untersuchungen und sah gute Erfolge bei entzündlichen Bubonen. Auch die durch fusiforme Bazillen hervorgerufenen Entzündungen der Tonsillen reagierten schon auf eine Injektion ausgezeichnet. Weiterhin untersuchte ich noch verschiedene entzündliche Ödeme, Lupus, sowie staphylogene Prozesse und vor allem auch einige Fälle von Lues. Ich konnte bei sämtlichen angeführten Prozessen einen in der Hauptsache identischen Ablauf der Reaktion beobachten, den ich Ihnen zu schildern und zu erklären versuchen werde.

Ich benützte bei den meisten meiner Versuche zur Injektion Milch, und zwar vor allem deshalb, weil Milch am besten zu beschaffen und zu sterilisieren war und die Patienten zu einer Milchinjektion sich am leichtesten entschließen. In den nächsten, der intraglutealen Injektion von 6 bis 10 ccm Milch folgenden Stunden ließ in den meisten Fällen wie nach Einführung eines Narkotikums



ein bestehender Entzündungsschmerz auffallend nach. Bald bemerkte man ein mehr oder minder deutliches Anschwellen der Entzündungsherde und in manchen Fällen deutlich vermehrte Rötung. Die Vergrößerung der Entzündungsherde, speziell der Epididymitis und der Bubonen, war genau meßbar; eventuelle Sekretionen nahmen nach der Injektion merklich zu. Am Tage nach der Injektion war die entstandene Schwellung fast immer zurückgegangen und in sehr vielen Fällen war der Entzündungsherd schon an diesem Tage beträchtlich kleiner geworden, als er vor der Injektion war, und erwies sich als entweder völlig oder beinahe völlig schmerzlos. Die Messung des Blutdruckes ergab ein Fallen innerhalb der ersten Stunden nach Verabreichung der Injektion, späterhin wurde der Puls langsamer, der Blutdruck nahm zu, dann stellte sich Fieber ein und der Blutdruck sank in den meisten Fällen. Über das Verhalten der Leukozyten bei Injektion artfremden Eiweißes liegen schon genügende Mitteilungen vor; auch ich konnte meist ein Ansteigen der Leukozytose, manchmal ein vorübergehendes Fallen der Leukozytenzahl konstatieren. Als besonders wichtig für das Verständnis des wirksamen Prinzips halte ich das erwähnte Sinken des Blutdruckes nach der Injektion.

Alle die geschilderten Erscheinungen am Entzündungsherd lassen ja wohl nur eine vermehrte Hyperämie und Transsudation als Deutung zu, eine Transsudation, die, wie uns das Fallen des Blutdruckes lehrt, wohl durch die Wirksamkeit der eingeführten Albumosen auf die Vasodilatatoren zu erklären ist. Die Annahme einer gefäßerweiternden Wirkung erklärt uns zwanglos das gleichzeitige Vorkommen zweier eigentlich prinzipiell entgegengesetzter Vorgänge — Fallen des Blutdruckes und gleichzeitig vermehrter Austritt von Serum aus den Blutgefäßen. Überall, wo durch eine bestehende Entzündung die kleinen Gefäße und Kapillaren schon vor der Injektion geschädigt sind, wird es zu vermehrter Transsudation aus den jetzt noch mehr erweiterten Gefäßen kommen können. Daß dabei noch an Ort und Stelle der Entzündungsherde eine Endothelreizung durch die Abbauprodukte sowie vermehrte Lymphbildung stattfindet, möchte ich wohl annehmen, doch entzieht sich dies vorläufig unserer Beurteilung. Sicher ist auch, daß die entstehende Leukozytose besonders bei Prozessen, die, wie z. B. der Typhus, durchaus nicht reine lokalisierte Endzündungen sind, eine Rolle spielen kann und muß, und schließlich möchte ich das entstehende Fieber gleichfalls als nicht zu unterschätzenden Heilfaktor ansehen. Doch sind meines Erachtens diese beiden letzteren Punkte erst in zweiter Linie maßgebend, und das wichtigste Prinzip im Wirkungsmechanismus artfremder Eiweißinjektionen dürfte die entstehende vermehrte Hyperämie und Transsudation in allen im Körper vorhandenen Entzündungsherden sein.

Wenn ich nun die akute Wirkung spezifischer Vakzinebehandlung bei gonorrhoischer Entzündung genau verfolge, so fällt mir auf, wie bis ins Detail ähnlich die Beobachtungen am Entzündungsherde denen sind, die ich bei Injektion eines unspezifischen Eiweißes feststellen konnte. Auch hier ist eine deutliche Herdreaktion, d. h. eine Vermehrung der entzündlichen Produkte, eine starke Hyperämie, die manchmal nach einigen Stunden beginnt, eine Ödematisierung wahrzunehmen bei gleichzeitigem Aufhören der Schmerzempfindung. Es ist mir unmöglich anzunehmen, daß eine solche akute Wirkung — und nur von der akuten Wirkung ist hier die Rede — auf die Bildung von Immunkörpern oder auf deren Vermehrung zurückzuführen ist, denn zu einer solchen Bildung und Vermehrung ist nach unseren klinischen und experimentellen Erfahrungen ein größerer Zeitraum erforderlich. Auch fand ich, nebenbei bemerkt, zur Zeit der Wirkung niemals neugebildete Antikörper im Serum. Und selbst wenn man annimmt, daß gewisse Mengen Immunsubstanz besonders rasch gebildet werden, so kann man doch die Wirkung, die etwa in einer Lyse der Bakterien bestehen müßte, in dieser kurzen Zeit nicht erwarten, und es wäre auch nur gezwungen zu erklären, warum eine solche Wirkung zuerst mit einer Vermehrung der entzündlichen Erscheinungen einsetzt. Ich glaube vielmehr, daß auch bloß eine vermehrte Hyperämie und Transsudation für den Erscheinungskomplex in Frage kommt, und stelle mir vor, daß die Vakzine mit den bestehenden Gegenkörpern, die besonders am Entzündungsherd reichlich vorgebildet sind, reagiert, abgebaut wird, und daß die entstehenden Abbauprodukte ähnlich wie direkt eingeführte unspezifische Albumosen Gefäßdilatation mit folgender Transsudation bewirken. Kurz zusammengefaßt lautet meine Ansicht über die akute Wirkung der spezifischen Vakzination bei Gonorrhöe und anderen entzündlichen Prozessen, bei denen man einen Einfluß durch spezifische Vakzine wahrnehmen kann, folgendermaßen: Durch die spezifische Bindung von Vakzine und Antikörper wird ein unspezifisches Abbauprodukt der Vakzine erzeugt.

das ebenso wirkt wie direkt eingebrachte unspezifische Albumosen.

Ist diese meine Auffassung richtig, dann müßten auch nach Einführung einer nicht homologen Vakzine, z. B. des Tuberkulins, unter gewissen Umständen gegen Tuberkulin im Organismus vorhanden waren, die zu einem raschen Abbau der eingeführten Vakzine führen. Über Erfolge bei Phimosen und Skleradenitis als Begleiterscheinungen von Frühlues berichtet Biach, und ich sah mit

therapeutische Effekte bei nicht tuberkulösen Entzündungen zu beobachten sein. Nun sahen wir tatsächlich deutliche Beeinflussung von solchen Entzündungsprozessen durch Tuberkulin dann, wenn die Tuberkulininjektion zu einer fieberhaften Allgemeinreaktion führt, d. h. also, wenn Antikörper Weiß günstige Resultate bei akuter Epididymitis nach fieberhafter Tuberkulininjektion. Ich kann mir diese Vorgänge nicht anders als auf die angegebene Weise zwanglos erklären. Die nach Injektion von Tuberkulin auf spezifische Weise durch Antigen-Antikörperwirkung entstandenen Reagine

sind nichts anderes als unspezifisch wirkende Eiweißabbauprodukte, d. h. Körper, die, was uns vor allem interessiert, auf die Vasodilatatoren Einfluß haben. Dieser Einfluß wird vorerst an der Bildungsstätte der Antikörper, d. i. also am tuberkulösen Herd, besonders deutlich sichtbar, es entsteht die bekannte hyperämische Tuberkulinreaktion. Ein eventueller Überschuß der entstandenen Abbauprodukte wird jedoch auch auf alle anderen Entzündungsherde des Körpers, auch wenn sie nicht tuberkulös sind, hyperämie- und transsudationserzeugend und dadurch im Sinne der Heilung wirken.

Wenn ich mir vorstelle, daß es die vermehrte Hyperämie und konsekutive Transsudation in erster Linie ist, die bei der spezifischen Vakzinebehandlung sowohl als bei der unspezifischen Proteinkörpertherapie wirksam ist, dann wird mir auch das bisher nicht recht erklärliche Rätsel, daß geschlossene Herde in erster Linie auf diese Therapie reagieren, verständlich. Denn die Vermehrung der Entzündungserscheinungen, deren heilsame Wirksamkeit wir in erster Linie aus den Erfolgen der Stauungstherapie nach Bier ersehen, wird vor allem dort wirklich wertvoll sein, wo das entstehende Transsudat durch einige Zeit seine Wirkung entfalten kann, also in tiefen, geschlossenen Herden.

Für meine Auffassung, daß die akute Vakzinewirkung vor allem durch eine Hyperämieförderung zustande kommt, sprechen noch andere, besonders bei Lupus erhobene Befunde, auf die ich hier nur andeutungsweise eingehen kann. Ich erinnere an die Behandlung des Lupus mit kantharidinsauren Salzen, einem exquisit vasodilatatorischen Mittel, und es ist ja übrigens seit langem bekannt, daß ähnliche Effekte wie mit spezifischem Tuberkulin, d. h. hyperämieerzeugend am tuberkulösen Herd, auch durch Deuteroalbumose erzielt werden können. Daß das Pepton andererseits eine vasodilatatorische und lymphagoge Wirkung hat, wissen wir schon aus Haidenhains Beobachtungen.

Ich möchte noch auf eine Analogie im Tierexperiment hinweisen. Jenen Erscheinungskomplex, der nach Reinjektion mit einer bestimmten Eiweißart nach einer längeren Inkubation auftritt und der in für jede Tierart charakteristischen krampfartigen, manchmal mit dem Tode einhergehenden Zuständen hauptsächlich charakterisiert ist, nennen wir bekanntlich Anaphylaxie. Die Auffassung, daß durch die Wirkung eines nach der ersten Injektion sich bildenden Gegenkörpers auf das bei der zweiten Injektion eingeführte Eiweiß ein Gift entsteht, das die Ursache für die anaphylaktischen Erscheinungen ist, wird heute wohl ziemlich allgemein akzeptiert. Wir können nun ganz ähnliche Effekte wie bei der anaphylaktischen Vergiftung auch durch die Injektion z. B. von Pepton erzielen. Biedl und Kraus konnten dies zeigen und sahen bei gewissen Tieren als Hauptursache eine plötzlich eintretende Vasodilatation mit konsekutiver Blutdrucksenkung an.

Es zeigt sich also auch hier, daß der spezifische Abbau zweier gegeneinander gerichteter, wirksamer Substanzen — Antigen und Antikörper — eine ganz ähnliche Wirkung ausübt wie ein direkt eingeführtes unspezifisches Eiweißabbauprodukt, und daß diese Wirkung wenigstens bei manchen Tieren in einer Vasodilatation besteht. Auf die näheren Details dieser theoretischen Anschauung will ich hier nicht eingehen und nur noch einmal resümierend sagen, daß die klinische Beobachtung am Entzündungsherd und die eintretende Blutdrucksenkung dafür sprechen, daß die akute Wirkung der Proteinkörpertherapie hauptsächlich auf einer vermehrten Hyperämie mit folgender erhöhter Transsudation beruht. Mit der Feststellung, daß die Proteinkörpertherapie eine Transsudationstherapie ist, wird auch ihr Anwendungsgebiet und dessen Grenzen charakterisiert. Es werden daher Entzündungen, die von nicht sehr aggressiven und nicht sehr resistenten Bakterien hervorgerufen werden, dieser Therapie zugänglich sein und es ist verständlich, warum gonorrhoische Komplikationen, Bubonen, Entzündungen durch fusiforme Bazillen nach solchen Injektionen ausheilen können. Es scheint auch, daß gewisse sogenannte rheumatische Erkrankungen, die ja bekanntlich durch Hyperämieerzeugung günstig beeinflußt werden, auf artfremdes Eiweiß gut reagieren. In dieser Hinsicht dürften in der Augenheilkunde bei Iritis, Chorioiditis, Glaskörpertrübungen so manche Erfolge zu gewärtigen sein. Vorsicht ist jedoch geboten bei der Anwendung der Methode, wenn es sich um im Ruhezustand befindliche Entzündungen handelt, die durch aggressive Bakterien hervorgerufen werden, womit ich solche meine, die leicht eine Allgemeininfektion des Organismus herbeiführen können. Wir könnten sonst ähnliche Enttäuschungen erleben wie besonders in früherer Zeit bei unvorsichtiger Behandlung von Tuberkulose mit Tuberkulin. Einen Hauptvorteil der Proteintherapie sehe ich darin, daß man ähnliche akute Effekte wie mit einer spezifischen Vakzinetherapie dort erzielen kann, wo man über eine Kultur der spezifischen Erreger nicht verfügt.

Somit komme ich auf das uns besonders inter-



essierende Gebiet der Paralyse zu sprechen. Nach dem Gesagten kann ich mich hier kurz fassen, und ich glaube, daß die Herren die Schlüsse, die sich ziehen lassen, bereits selbst angewendet haben. Der Auffassung der Paralyse als einer vor allem parenchymatösen Gehirnlues gegenüber den interstitiellen Gehirnerkrankungen gebührt wohl das Recht auf Anerkennung; sie entspricht den histologischen Befunden und rückt die Erfahrung unserem Verständnis näher, daß wir speziell die früher sogenannten metaluetischen Erkrankungen, in erster Linie die Paralyse, durch unsere, sonst so wirksamen therapeutischen Mittel — auch durch Salvarsan — nicht ohne weiteres in günstigem Sinne beeinflussen können. Die Annahme, daß bei parenchymatöser Hirnlues das Chemotherapeutikum nicht an den Ort der Erkrankung gelangen kann, hat viel Bestechendes an sich. Wenn wir nun nach v. Wagner den Paralytiker tuberkulinisieren oder nach Fischer und Donat mit nichtbakteriellem artfremdem Eiweiß behandeln, so muß nach meinen Beobachtungen in beiden Fällen eine Vasodilatation eintreten, die an den Entzündungsherden des Körpers — in unserem Falle also im Gehirn — eine vermehrte Hyperämie und Transsudation im Gefolge hat. Wenn schon diese Transsudation vielleicht durch Lösung mancher Infiltrate befähigt sein kann, eine Besserung der Symptome hervorzurufen, so wird eine solche Besserung um so deutlicher in Erscheinung treten, wenn das Transsudat spezifische chemotherapeutische Stoffe enthält. Nach ihrer Erfahrung wirkt ja die Tuberkulinbehandlung allein relativ wenig. In den Fällen, wo man gleichzeitig spezifisch behandelt, kommt es dagegen manchmal zu deutlichen Effekten. Nach meiner hier dargelegten Auffassung wäre für diese Erscheinung eine Erklärung gegeben. Das Quecksilber enthaltende und teilweise das Hirnparenchym durchsetzende Transsudat wird zu den im Parenchym gelegenen Erregern gelangen und hier seine spezifische Wirkung entfalten. Nach dem Gesagten sind die Bedingungen offensichtlich, die ich anstreben muß, um die v. Wagnersche Therapie zur vollen Wirksamkeit zu bringen. Man muß trachten, die beiden Eingriffe — die Injektion des artfremden Eiweißes und das Chemotherapeutikum — derartig zu tempieren, daß sie sich am Höhepunkte ihrer Wirksamkeit treffen. Hier sei bemerkt, daß das Quecksilber und auch das Salvarsan durchaus nicht wirksam sind, solange sie sich im Körper nachweisen lassen. Wir Syphilidologen sehen oft genug Fälle, wo mitten während einer Kur neue luetische Effloreszenzen sich bilden. Diese neuen Affekte können dann wieder durch eine auch nur kleine neue Gabe von Quecksilber oder Salvarsan zum Schwinden gebracht werden; es scheint also die Wirksamkeit an eine Art Status nascendi des Mittels gebunden zu sein. Wir müssen demnach unsere Therapie so einrichten, daß dieser Status nascendi zusammenfällt mit dem Höhepunkt der transsudativen Wirksamkeit der artfremden Eiweißinjektion. Dies ist das allgemeine Prinzip, und wir sind daran, die genauen Bedingungen für die praktische Durchführung zu studieren.

Es ergibt sich nun auch die Frage, ob man durch Frühbehandlung mit artfremdem Eiweiß einer eventuell späteren Paralyse vorbeugen kann. Wenn wir annehmen — und manches scheint dafür zu sprechen —, daß die später zur Paralyse führenden Spirochäten schon in den Frühstadien der Lues sich im Gehirnparenchym einnisten, so ist es nicht von der Hand zu weisen, daß eine Frühbehandlung mit artfremdem Eiweiß bei gleichzeitiger Verabreichung von chemotherapeutischen Mitteln zur frühzeitigen Vernichtung dieser vorerst saprophytischen Parenchymspirochäten und damit zur Präventive gegen Paralyse führen könne. Nur muß man, um nicht zu schaden, meines Erachtens einen bestimmten Vorgang einhalten. Ich glaube nämlich, von vornherein nicht ausschließen zu können, daß man durch eine solche Eiweißinjektion im Frühstadium infolge der erhöhten Transsudation Spirochäten aus dem interstitiellen Gewebe zur Auswanderung in das Parenchym infolge der Gefäßdilatation direkt anregen könnte, ebenso, wie ich nochmals erwähnen muß, wie in manchen Fällen von überdosierter Tuberkulinbehandlung ein Erfrischungsprozeß latenter Herde zu beobachten ist, und es wäre dann möglich, daß wir statt eines therapeutischen einen umgekehrten Effekt erzielen. Wir müssen daher, wie ich glaube, den Frühluetiker möglichst sterilisieren, und erst am Ende der Behandlung dürfte es sich empfehlen, eine oder die andere Proteinkörperinjektion bei gleichzeitiger Quecksilber- oder Salvarsandarreichung zu geben. Besonders glaube ich diese Art der Behandlungsdurchführung für spätlatente Fälle empfehlen zu dürfen, wo eine positive WR. oder eine lymphozytäre spezifische Reaktion des Liquors ein Vorhandensein von Spirochäten im Zerebrospinalsystem vermuten läßt, auch ohne daß klinische Erscheinungen zu beobachten sind. Auch hier müßte dem Gesagten zufolge eine gründlich sterilisierende, spezifische Kur vorausgehen, und erst am Schlusse der Behandlung dürfte man gleichzeitig einige Proteininjektionen geben.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen und möchte das Gesagte kurz dahin zusammenfassen:



Die parenterale Zufuhr von artfremdem Eiweiß bewirkt ebenso wie spezifische Vakzination eine vermehrte Hyperämie und Transsudation in Entzündungsherden des Körpers. Dadurch ist die therapeutische Wirkung auf akut entzündliche Erscheinungen zu erklären. Bei Vorhandensein spezifisch wirksamer Substanzen im Serum wird die erzeugte Transsudation von entsprechend höherer Wirksamkeit sein. Auf diesem Prinzipe könnte wenigstens zum Teil der Erfolg der Behandlung von Paralytikern nach v. Wagner beruhen. Wenn diese auf klinischer Beobachtung sichtbarer Entzündungsherde basierte Anschauung richtig ist, dürfte sich ein Ausbau der Paralyse-Therapie als möglich erweisen.

Mitteilungen.

— **Wien.** Hofrat Professor Julius v Wagner-Jauregg beging in diesen Tagen seinen sechzigsten Geburtstag. Seinem den Kriegszeiten Rechnung tragenden Wunsche entsprechend unterblieben alle ihm aus diesem Anlasse zugedachten Ehrungen. Die zahlreichen Schüler, Freunde und Verehrer mußten sich bescheiden, den weiteren Lebensweg des hochverdienten Klinikers und Forschers mit ihren herzlichsten Glückwünschen zu begleiten. (W. kl. W. 15. März 1917.) — Auch die Redaktion dieser Wochenschrift spricht den herzlichsten Glückwunsch aus. B.

— Bericht über die Tätigkeit des **neurologischen Institutes an der Wiener Universität** (k. k. österr. interakademisches Institut für Hirnforschung) für 1916 (Vorstand: Prof. Dr. Heinrich Obersteiner).

Der Neubau des Institutes ist baulich bis auf weniges fertiggestellt.

Personalien. Auch in diesem Jahre ist im Stande der Assistenten und Demonstratoren keine Veränderung eingetreten, wenn diese auch durch ihre militärische Tätigkeit am Institute nicht wirksam sein konnten. Bloß der erste Assistent, Herr Professor Otto Marburg, der noch immer als Konsiliararzt für Nervenkrankheiten bei der ersten stabilen Chirurgengruppe der Klinik Hofrat Eiselsberg stark in Anspruch genommen ist, kann sich mitunter ein wenig dem Institute widmen.

Von den zu Kriegsdiensten einberufenen Assistenten Dr. Zdislav Reich und Dr. Paul Loewy, sowie den beiden Demonstratoren Dr. Eugen Pollak und Dr. Friedrich Steinberg haben mehrere für ihre aufopfernde Tätigkeit an der Front militärische Auszeichnungen erhalten. Außer diesen und dem unterzeichneten Vorstande waren am Institute noch zwei bis drei Präparatorinnen und ein Diener angestellt.

Tätigkeit des Institutes. Die bekannten, überall merkbaren Schwierigkeiten der Drucklegung, Tafelherstellung u. dgl. machten in diesem Jahre das Erscheinen eines Bandes der „Arbeiten aus dem neurologischen Institute in Wien" nicht möglich, so daß die vollendet vorliegenden Arbeiten der Herren H. Brunner, Spiegel, Sommer, Prof. Schlesinger und Frau Dr. Bauer-Jockl erst spät in Druck gegeben werden konnten und somit hoffentlich bald das erste Heft des XXII. Bandes erscheinen kann.

Sehr regen Besuches erfreuten sich wieder die Vorlesungen des ersten Assistenten Herrn Prof. Otto Marburg, während der Unterzeichnete mit Rücksicht auf die außerordentlich schlechten lokalen Verhältnisse des Hörsaales, schon aus Gesundheitsrücksichten, es weiterhin ablehnt, systematische Vorlesungen zu halten.

Eine wesentliche Bereicherung erfuhren die Sammlungen des Institutes durch zahlreiche Präparate, Kriegsverletzungen des Nervensystems betreffend. Neben solchen des Gehirns (Abszeß, Prolaps, Enzephalitis) und Rückenmarks (Kompressionen und malazische Prozesse) sind auch zahlreiche durch Operation gewonnene Präparate der peripheren Nerven (Neurome, Narben) erwähnenswert. Deren Bearbeitung ist zum Teil im Gange, zum Teil jedoch wird sie einer ruhigeren Zeit vorbehalten werden.

Es wurden veröffentlicht:

Marburg, Die neurologischen Kriegsfolgen und deren Behandlung. Jahreskurse für ärzt. Fortbildung. München, Mai 1916.

Derselbe, Die Kriegsverletzungen der peripheren Nerven. Ibidem.

Derselbe, Zur Frage der Beurteilung traumatischer Neurosen im Kriege. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 10.

Derselbe, Weiterer Beitrag zur Frage der kortikalen Sensibilitätsstörung. Wien. med. Wochenschr. 1916 Nr. 36.

Derselbe, Herdgleichseitige Erscheinungen bei Schädelschüssen (multiple Sklerose nach solchen)? Vortrag im Verein für Psych. und Neurol. Wien, Dez.

Referate.

— **Über Geistesstörungen bei Kriegsteilnehmern, insbesondere über Hebephreniker und Psychopathen.** Vortrag bei der Tagung der mitteldeutschen Psychiater und Neurologen in Dresden am 6. Januar 1917. Von Prof. G. Anton, Halle. Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 6.

Von den geringeren Grades Schwachsinnigen konnte ein Drittel als arbeitsfähig, 9 (unter 52) als kriegsverwendungsfähig bezeichnet werden. Einige suchten die geistige Schwäche zu übertreiben. Unter 65 Hebephrenikern wurde keiner wieder felddienstfähig. Für die Entstehung kommt wie im Frieden Konstitution und



e entscheidend in Betracht, doch können Kriegs-
kungen den Gang der Krankheit verschlimmern.
Bei einem Mann, bei welchem das durch Schreck
ndene allgemeine Zittern als hysterisch diagnosti-
war, ergab die Obduktion ein Hämatom über den
lwindungen.)

1 mal waren bereits vor dem Kriege Symptome von
hrenie nachweisbar.

nter den Psychopathen leichteren Grades gibt es
eits Leistungsfähige und ideal Bestrebte, anderer-
Unverbesserliche, Zersetzende, Haltlose. Von letz-
konnte nur einer wieder als kriegsverwendungs-
geschrieben werden. Bresler.

— **Kindlicher Riesenwuchs mit vorzeitiger Ge-
htsreife und familiärer Riesenwuchs mit und ohne
ößerung des Türkensattels.** Von Prof. G. Anton,
Monatsschr. f. Psychiatrie 1916 Heft 6.

n Falle des Kindes handelte es sich um vorzei-
Geschlechtsentwicklung und übermäßiges Wachs-
(30 Zentimeter über das Durchschnittsmaß), im
en Falle um einen 23jährigen Menschen, 193 cm
mit etwa um das Doppelte vergrößerter Hypo-
und Einlagerung von Kalkmassen in dieselbe,
hmerzen, Sehstörung. Die Beziehungen des Rie-
chses zur Hypophyse werden in beiden Fällen er-
. Bresler.

— **Der Subokzipitalstich (Genickstich) als druckent-
de Gehirnoperation.** Vortrag bei der Tagung der
deutschen Psychiater und Neurologen in Dresden
Januar 1917. Von Prof. G. Anton (Halle) und
Schmieden (Halle). Münch. med. Wochenschr.
Nr. 6.

ach den Beobachtungen über die Wirkung des
stichs — der in letzter Zeit auch von Payr
bei traumatischer Gehirnschwellung nach Schä-
tusion mit Erfolg gemacht wurde — zeigte es
aß für Entlastung das subtentoriale Kreislaufsgebiet
zu berücksichtigen ist, das seine besonderen Kreis-
rhältnisse hat. Die Verff. sind daher daran ge-
die Membrana occipito-atlantea zum Zweck
ender Druckentlastung zu eröffnen und offen
lten. Die Operation wurde zunächst bei vier
ten Fällen (Tumoren) angewandt und bewirkte
e Zeit anhaltende bedeutende Erleichterung; in
Falle schwand die Stauungspapille. Die Operation
leicht vertragen.

e Technik wird wie folgt beschrieben.

ach lokaler Anästhesie wird am sorgfältig glatt
en Hinterkopfe von der Protuberantia occipitalis
a und dem Dornfortsatze des 4. und 5. Halswirbels
naue Medianlinie gezogen. Der Kopf wird dann
vorne gebeugt und in der genannten Medianlinie
gerbreit unterhalb der Protuberantia einge-
en. Der Schnitt endigt unterhalb des Dornfort-
des 2. Halswirbels. Die Länge beträgt etwa
Beim Durchschneiden des Nackenbandes kommt
wenig Blut. Doch darf man seitlich nicht viel ab-
Bald tastet man die hintere Umrandung des
en occipitale magnum und des Dornfortsatzes
des Atlas. Die Membrana occipito-atlantea zeigt sich
dabei leicht federnd, bei Druckzunahme aber vorgewölbt.
Ev. ist es erlaubt, mit der Luerschen Zange den Dorn
des Atlas abzukneifen. Auch beim Schnitt durch die
Membran und durch die Dura hält man sich möglichst
median. Bei Druckzunahme quillt oft nach einem
kleinen Stiche der Liquor im Strahle heraus, und die
Membran beginnt normal zu pulsieren. Dringt man dann
mit einer stumpfen gebogenen Sonde ein, so gelangt man
in die Zisterna an der Basis des Kleinhirns, ev. auch
nach dem 4. Ventrikel zu. Die auf diese Weise herge-
stellte Parazentese soll offen gehalten werden. Ent-
weder können die Ränder nach außen vernäht werden;
doch bewährte sich die Ausschneidung eines viereckigen
Fensterchens von ½ cm Breite und Höhe. Die herge-
stellte Liquorfistel soll in das intramuskuläre Binde-
gewebe oder subkutan sezernieren. Zu diesem Zwecke
näht man die Weichteile in mehreren Schichten mit ge-
senkter Katgutnaht. Die Patienten können nach acht
Tagen das Bett verlassen, doch ist Anstrengung und
starke Bewegung zu vermeiden."

Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Psy-
chiatrie. Bresler.

— **Der Balkenstich bei angeborenen und erworbenen
Erkrankungen des Gehirns.** Von Prof. Dr. G. Anton,
Halle. Neue deutsche Chirurgie Bd. 12 Teil II.

Anton hatte bereits 1913 zusammen mit von
Bramann in dem Buche: „Behandlung der angebore-
nen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des
Balkenstichs" dieses Problem und die bis dahin von
beiden gemachten Erfahrungen behandelt (siehe die da-
malige ausführliche Besprechung in dieser Wochen-
schrift). In der vorliegenden Arbeit werden neu ge-
wonnene Gesichtspunkte und Erfahrungen mitgeteilt.
Z. B. in der Mehrzahl der behandelten — durchweg
schweren und zum Teil desparaten — Fälle von Epi-
lepsie (fast ausschließlich Jugendliche) hat der Balken-
stich mehr geleistet als die anderen Behandlungs-
methoden. Anton empfiehlt ihn in den ätiologisch
nicht klargelegten, dunklen Fällen, ferner bei Epilepsie
in der Pubertät und Epilepsie mit Hydrozephalus, selbst
bei erheblichem Intelligenzdefekt, während bei Herd-
erkrankungen dagegen Trepanation und eventuell Ex-
zision in Betracht kommt.

Es werden weiter die Erfolge bei Gehirnschwülsten
und Meningitis mitgeteilt. Die physiologische Begrün-
dung und die Ausführung des Balkenstichs sind voraus-
geschickt. Alles dieses möge im Original nachgelesen
werden. Bresler.

— **Über transitorische Pupillendifferenzen bei Nerven-
gesunden.** Von Prof. Dr. F. K. Walter, Privatdozent
für Psychiatrie in Rostock. Neurol. Zentralbl. 1916 Nr. 15.

Trotz der großen Unregelmäßigkeit, mit der die
Pupillendifferenzen in den untersuchten Fällen auftraten,
wurde in zwei Punkten Gesetzmäßigkeit festgestellt.
1. Mit Ausnahme eines Falles war die Anisokorie immer
gleichartig; die stärkere Pupillenweite betraf dauernd
dasselbe Auge. 2. Die morgens bestehende Pupillen-
ungleichheit schwand in der überwiegenden Mehrzahl
der Fälle bis Mittag oder Nachmittag. Abends nahm



die Zahl und Größe der Ungleichheit wieder zu, war aber nicht so groß wie am Morgen.

Bei der Entstehung dieser Pupillenungleichheit scheint nicht allein ein ganz zufälliger, äußerer Faktor, sondern ein endogenes Moment mitzuspielen.

Die Verletzung oder die sich daran anschließende Entzündung kommt nicht in Frage, da sie bald auf der gleichen, bald auf der entgegengesetzten Seite lag.

Der Angriffsort des ursächlichen Momentes ist sehr schwer festzustellen, da die Mydriasis ebensogut durch eine Sphinkterlähmung wie durch eine Dilatatorreizung bedingt sein kann; auch ist es bei der großen physiologischen Breite der absoluten Pupillenweite nur selten möglich, sicher zu entscheiden, ob die Ungleichheit die Folge einer anormalen Erweiterung der einen oder Verengerung der anderen ist. Bei einer Lähmung oder Herabsetzung der Erregbarkeit müßte auch daran gedacht werden, daß es sich um das Residuum überstandener traumatischer oder entzündlicher Schädigung handeln könnte.

Zur Erklärung der Tatsache, daß die Pupillendifferenzen morgens am ausgesprochensten waren und im Verlauf des Tages vielfach ganz verschwanden, wird Ausschaltung der meisten auf die Iris wirkenden physiologischen Reize während des Schlafes angeführt, so daß ein pathologischer Reiz während dieser Zeit stärker in Erscheinung treten kann, in den Morgenstunden noch nachwirkt und erst während des Tages durch entgegengesetzte Reize — vor allem das helle Tageslicht — kompensiert wird, am Abend aber die Zahl der ungleichen Pupillen wieder zunimmt und in vielen Fällen durch starke künstliche Beleuchtung wenn nicht Aufhebung, so doch wesentliche Verminderung der Differenz erzielt wird. B.

Buchbesprechungen.

— Sterz-Breslau (Kgl. Psychiatrische Klinik), Prof. Dr. Georg: Typhus und Nervensystem. Berlin 1917, S. Karger. 104 S. Preis 4,60 M.

Es wurden beobachtet und werden beschrieben und erörtert: posttyphöse, neurasthenische Schwächezustände (in etwa 60—70%, davon zur größeren Hälfte belastete oder disponierte Personen), (darunter Fälle mit Flimmerskotom, intermittierender Auffassungsstörung oder Hörstörung, eigenartiger Orientierungsstörung intermittierender Art); Hysterie nach Typhus in verschiedensten örtlichen Symptomen, auch hysterische Anfälle; Psychosen in der Rekonvaleszenz (Residualwahn, paralyseähnliches Krankheitsbild, amnestische Zustandsbilder, postinfektiöser Stupor, Dementia praecox und Typhus — in den drei Fällen war Imbezillität vorher vorhanden —, psychogene Pseudodemenz nach Typhus, pathologische Alkoholreaktion, Depressionszustände, manische Zustände); spinale und zerebrospinale Symptome [myelitische, neuritische, myositische Veränderungen, leichte Pyramidensymptome neben polyneuritischen Erscheinungen, Reste leichter Myelitis, unvollständige Querschnittsmyelitis, Kombination myelitischer und neuritischer Symptome im Bereich des rechten Armes, Symptome von Schwäche und statischer Ataxie, Reste typhöser zerebrospinaler Meningitis, zerebrale Hemiplegie, Syringomyelie (Hämatomyelie?) nach Typhus, multiple Sklerose nach Typhus und Verschlechterung solcher nach Typhus]; Neuritis der Hirnnerven [Nervus opticus, N. abducens, Verlust von Geruch und Geschmack, N. trigeminus, N. acusticus (cochlearis)]; periphere Neuritiden nach Typhus [N. ulnaris (bei weitem am häufigsten), N. peroneus, N. cutaneus femoris externus]; Lähmungen im Gebiet der Schulter- und Armmuskeln [Musculus trapezius (mit Periostitis an Radius und Ulna, trophische Störungen), M. deltoideus, M. serratus anticus major, M. infraspinatus, kombinierte Lähmungen im Schulter- und Armgebiet, doppelseitige neuritische Erkrankung im Schultergebiet, gleichzeitige Erkrankung im Schulter- und Beckengürtel, neuritische Lähmungen im Beckengürtel]; Polyneuritis nach Typhus (45 Fälle); vasomotorische, sekretorische, trophische Störungen; motorische und sensible Reizerscheinungen (Krampi, Neuralgien); Tremor; Tetaniesymptome, Epilepsie (außerordentlich selten); Spondylitis typhosa.

Sterz hält eine elektive Wirkung des Typhusgiftes für wahrscheinlich.

Die Prognose ist im allgemeinen günstig.

Sterz hält es für eine Tatsache, daß das Bazillenträgertum zur nachträglichen Entstehung von Symptomen seitens des Nervensystems wie auch der anderen Organe keine besondere Disposition schafft.

Die Schwere der Infektion steht meist im direkten Verhältnis zu der Komplikation seitens des Nervensystems.

Sehr richtig sagt Sterz: „Wir müssen auf Grund dieser Betrachtungen zu der Erkenntnis gelangen, daß eine große Anzahl der sogenannten funktionellen Symptome organisch bedingt sein kann, die wir in gleicher oder ähnlicher Form als Begleiterscheinung endogener Neurosen auftreten sehen, und diese Erkenntnis muß uns zur Vorsicht in ihrer Bewertung mahnen, wenn sie uns unter zweifelhaften ätiologischen Bedingungen, z. B. nach Kopfverletzungen entgegentreten." Bei der jetzt so beliebten Diagnose: „Hysterie" nach Kopfverletzungen eine sehr zeitgemäße Warnung.

Seit A. Friedländers umfassender Monographie: Über den Einfluß des Typhus abdominalis auf das Nervensystem, Berlin 1901 (darin die Literatur von 1813 bis 1900), ist Sterzs Arbeit die gründlichste und reichhaltigste. Es bedarf keiner besonderen Empfehlung, sie zu studieren und zu Rate zu ziehen.

(Bezüglich der Einwirkung des Typhusgiftes auf das Gehirn möchte ich daran erinnern, daß Typhus ursprünglich Rausch heißt, die alten Ärzte haben also diese Erkrankung ganz richtig beurteilt.)

Es wird interessant sein zu erfahren, welche Folgen das Fleckfieber (der Flecktyphus) mit seiner meist stürmischen und verhängnisvollen Einwirkung auf das Gehirn zeitigt. Bresler.

Therapeutisches.

— **Das Pino-Bad.** Zur Fichtennadel-Balneo-Therapie. Von Dr. med. Schmidt-München. Wochenschr. für physikal.-diätet. Heilkunde, München, vom 1 Okt. 1916.

Pino-Fichtennadelbäder (Herstellerin: Chem. Fabrik



„Nassovia" Wiesbaden) sind hauptsächlich indiziert für die Rekonvaleszenz nach schweren, schwächenden Krankheiten, für alle funktionellen und organischen Nervenkrankheiten, wie z. B. Neurasthenie, hysterische Zustände, traumatische Neurose, Tabes, Neuritiden, Apoplexien usw., für Herzleiden, Arteriosklerose; in wärmeren Temperaturen auch für chronischen Rheumatismus, Gicht, Ischias usw.

S. hat Reuschs Pino-Bad in einer ganzen Reihe von Krankheitsfällen, in denen Erregungszuständen und der Schlaflosigkeit zu steuern war, mit außerordentlich erfreulichem Erfolg zur Anwendung gebracht, ferner bei einer Reihe von Herzkrankheitsfällen, in der Kinderpraxis, bei blutarmen, nervösen jugendlichen Individuen neben entsprechenden diätetischen Maßnahmen.

Personalnachrichten.

— **Düsseldorf.** Dr. Pollitz, bisher Direktor der Kgl. Strafanstalt in Düsseldorf, ist als Generalinspektor der Gefängnisse zur Reorganisation des türkischen Gefängniswesens in das türkische Ministerium berufen worden. Pollitz ist aus der psychiatrischen Laufbahn hervorgegangen, die er als Assistenzarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Brieg in Schlesien begann.

— **Görlitz.** Das Eiserne Kreuz 1. Kl. erhielt Stabs- und Regimentsarzt Dr. Josef Reis, Arzt an der Kahlbaumschen Anstalt in Görlitz.

ANHANG.

Fleckfieber.

Nach der neuesten Literatur referiert von

Sanitätsrat Dr. **J. Bresler.**

(Da, glücklicherweise ganz vereinzelte, Fälle von Fleckfieber auch in Deutschland und Österreich-Ungarn vorkommen und es nicht ausgeschlossen ist, daß dieser unheimliche Gast ausnahmsweise einmal in unseren Anstalten auftaucht, so wird in dieser Zeitschrift eine kurze Übersicht über die neueren Ergebnisse der Fleckfieberforschung vielleicht nicht unwillkommen sein, zumal diese Krankheit auch vielseitiges neurologisches Interesse aufweist.)

In letzter Zeit hat die Fleckfieberforschung mancherlei Fortschritte zu verzeichnen gehabt. Ein Bericht über die wichtigsten Ergebnisse dürfte darum nicht überflüssig sein. Sie lassen sich schwer inhaltlich gruppieren, da in manchen Arbeiten verschiedene Fragen, epidemiologische, klinische, histologische, serologische, gleichzeitig behandelt werden. An der systematischen Darstellung fehlte es vor allem aber auch an Zeit. Der Bericht geschieht daher autorenweise; Wiederholungen sind dabei allerdings nicht zu vermeiden. Die Referate sind mit Absicht objektiv gehalten.

Nach J. Fonyó-Budapest (Zur Epidemiologie und Prophylaxe des Fleckfiebers; Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 42) kann die Entwicklung einer Epidemie schon im Keime erstickt, aber auch eine bereits ausgebrochene erfolgreich und mit leicht zugänglichen Mitteln bekämpft werden. Der Verlauf ist gewöhnlich folgender: Zunächst, in den ersten Wintermonaten, pflegen auffallend viel Fälle von Rückfallfieber, Bauchtyphus und Influenza gemeldet zu werden, indem es bei einzelnen Kranken noch nicht zum Ausbruch des Ausschlages gekommen ist. Mit Ablauf dieser ersten initial-influenzaartigen Periode werden im Ausschlagstadium die Fälle zwar als Fleckfieber erkannt, aber inzwischen ist die Zahl der Fälle bereits zur Epidemie gewachsen. Dazu kommt, daß gerade im Beginn einer Epidemie häufig Fälle von rudimentärer Form, von kurzem Verlauf und ohne Ausschlag, oder bloß als die bekannten Komplikationen des Fleckfiebers (Otitis, Pleuritis, Gangrän, Pneumonie, Parotitis) zur Wahrnehmung gelangen.

Nur wo der Ausbruch der Seuche überraschend kam oder die sanitären Vorbereitungen und Einrichtungen mangelhafte waren, kann sie lange nicht eingeschränkt werden. Der überraschende Anfang ist charakteristisch, selbst bei getroffenen Vorbeugungsmaßregeln und trotz Isolierung der Erkrankten, weil die Durchführung selbst unvollkommen war. Vom Wartepersonal erkrankten auch solche (7%), die mit den Fleckfieberkranken nicht in direkte Berührung gekommen waren.

Flecktyphus verbreitet sich entlang der Verbindungswege einzelner Orte.

Personen, welche die Krankheit bereits einmal überstanden haben, erliegen ihr nicht.

Im striktesten Zusammenhang mit der Verbreitungsart des Fleckfiebers, durch das Umsichgreifen des Ungeziefers und seine Verschleppung durch den Wanderer, taucht in regelmäßiger systematischer Reihenfolge ein Fall nach dem anderen auf.

Menschen können sich mit Flecktyphus infizieren durch das bloße Betreten des Krankenzimmers, ohne mit einem Kranken in Berührung gekommen zu sein, indem eine an Fußboden, Wand oder Zimmergeräten kriechende infizierte Laus an den Körper gelangt oder auf ihn herabfällt. Daher müssen in solchen Räumen weite Kleider, Pelze usw. besonders vermieden werden. Die Körperwärme ist die günstigste Lebensbedingung für Laus und Brut. Die entwickelte Laus saugt in 24 Stunden zweimal Blut. Sie geht zugrunde, wenn sie zwei bis fünf Tage ohne Nahrungsaufnahme oder bei 30 bis 35° C ständiger Wärme ist, nicht aber die Nissen. Tote Läuse haben ein



dunkles Aussehen. Die männliche Kleiderlaus ist 3,2 mm lang, 1 mm breit, die weibliche 4,1 mm lang. 1 mm breit, die männliche Kopflaus 2,5 und 0,8 mm, die männliche Filzlaus 0,5 und 0,5 mm; erstere beiden Arten sind also länglich, letztere viereckig. Die Kleiderlaus ist fast farblos, die Kopflaus ähnelt der Haarfarbe, die Filzlaus ist graugelb oder grauweiß. Kopf- und Filzlaus verlassen bei fremdem Geruch schnell den Körper des Menschen. Die Kleiderlaus befindet sich nur während der Nahrungsaufnahme auf der Haut, sonst verkriecht sie sich in Wäsche- und Kleiderfalten und Decken. Nach Ansicht mancher können auch Kopfläuse Flecktyphus übertragen; ob durch Filzläuse, Flöhe, Wanzen, Fliegen, Mücken, ist nicht erwiesen. Die Eier (Nissen) der Kleider- und Filzlaus sind 0,8 bis 0,9 mm, die der Kopflaus 0,6 mm lang; sie sind faßförmig, gelblich. Die Nissen der Kleiderlaus haften an den Nähten von Wäsche, Kleidern und Decken. Die Jungen werden in 3 bis 4 Tagen ausgebrütet bei der Kleiderlaus, in 6 bis 7 Tagen bei der Filz- und Kopflaus. Die Nisse ist wegen des Standorts und durch ihre Chitinhülle sehr widerstandsfähig; durch letztere dringt nur Schwefeldampf, Schwefelsäure, Trichloräthyl, Kohlendisulfid und Hitze von 95 bis 100° C;. 2%ige Kresolseifenlösung macht sie fahl und zerspaltet sie; Schwefeldämpfe und Kohlendisulfid töten sie ebenfalls. Heißer Dampf und heiße Luft und Reaktionswärme macht das Eiweiß der Nissen gerinnen. 40%ige Essigsäurelösung löst die Chitinhülle auf, wodurch das Eindringen 5%iger Karbol- oder 2%iger Kresolseifenlösung ins Protoplasma der Eier erleichtert wird. An Stroh und Holz lebt die Kleiderlaus nicht lange. Zum Befreien von Stroh und Strohsack von Läusen genügt Lüften, das gleiche gilt bei Holz; Dauer der Lüftung 14 bis 21 Tage. Besser ist Entlausung der Strohsäcke in einem Desinfektions- oder Backofen; auch Bespritzung mit 40%iger Essigsäurelösung ist wirksam oder Besonnung der mit Naphthalin innen und außen bestreuten Strohsäcke während 5 bis 10 Tagen.

Die Kleiderlaus, auch die ausgebrütete, stirbt nach fünf Tagen, wenn sie keine Gelegenheit hat, Blut von Menschen zu saugen. Es genügt daher, eine verlauste Wohnung 14 bis 21 Tage unbewohnt zu lassen und dann gründlich zu reinigen und zu desinfizieren. Das Saugen geschieht durch Stacheln an der Oberlippe und der zum Saugen eingerichteten Unterlippe. Aus den Speicheldrüsen träufelt die reizende Flüssigkeit in den Stichkanal der menschlichen Haut. Kratzstellen an Schulter und Rumpf deuten immer auf Kleiderläuse.

Die Körperoberfläche der Kleiderlaus wird von einer Chitinhülle gebildet, welche die Laus sehr widerstandsfähig gegen in Wasser gelöste Mittel macht. Wirksamer sind die gasförmigen Vertilgungsmittel, welche in die in die Haut mündenden Atmungskanäle eindringen, besonders Benzin, Schwefelsäure, die ätherischen Öle, 10- bis 25%iger Ammoniak, 40%ige Essigsäurelösung, auch graue Quecksilbersalbe wegen des Quecksilberdampfes (neben der lokalen Quecksilberwirkung); diese Mittel schädigen direkt das Protoplasma der Körperzellen der Kleiderlaus, während Salben (1%ige Anisölsalbe, 1%ige Naphthalinsalbe) jene Atmungskanalmündungen verstopfen und damit die Laus ersticken.

Mit dem Speichel der Laus gelangt der Ansteckungsstoff in den Stichkanal und somit ins menschliche Blut; er haftet an dem Kranken bis zum Ende der dritten Woche der Rekonvaleszenz; bis dahin kann also der Kranke dadurch, daß Läuse an ihm Blut saugen, das Fleckfieber auf Gesunde übertragen. Die infizierten Läuse sind etwa vom fünften Tage nach der infektiösen Mahlzeit infektionsfähig, ihr Stich bringt die Krankheit nach etwa 14 bis 21 Tagen zum Ausbruch. Da die Laus alle Tage zweimal Blut saugt, so sind schon während der ersten Tage alle Läuse des Erkrankten als infiziert und infektionsfähig zu bezeichnen.

Das explosionsartige Auftreten der Epidemie in sehr verlausten Menschengruppen wird durch die außerordentliche Vermehrungsfähigkeit der Laus verständlich.

Nach einigen Autoren können infizierte Läuse infizierte Nissen legen, aus denen infektionsfähige Generationen auskriechen. Dadurch erklären sich die abnorm langen Zeiträume zwischen dem letzten Fleckfieberfall und dem ersten Fall einer neuen Erkrankung. Der Ansteckungsstoff gelangt also auch in die Geschlechtsorgane der Laus.

Die experimentell gemachte Feststellung, daß die Kleiderlaus erst mehrere Tage, nachdem sie das Blut eines Angesteckten verzehrt hatte, infektionsfähig wird, scheint darauf hinzudeuten, daß der in den Körper der Laus aufgenommene Mikroorganismus erst durch eine Umwandlung ansteckende Eigenschaften gewinnt; in dieser Frist dringt der Mikroorganismus auch in die Eier.

F o n y ó beschreibt nun seine eigenen reichen Erfahrungen bei Bekämpfung einer Flecktyphusepidemie, die vollkommen gelang durch gründliche Entlausung der Menschen, ihrer Kleider und Wohnräume und durch Isolieren der Infizierten, binnen 3½ Monaten nach Konstatierung der ersten Fälle.

ach Fonyó — im Gegensatz zu Brauer ommen die nicht charakteristischen Krankformen (abortive Fälle) nur ganz ausmsweise vor. Eine jede mit hohem Fieber, el-, Glieder-, Kopfschmerzen einsetzende Erkung, wenn sie nicht sofort als eine anderge, nichtinfektiöse Lokalerkrankung unzweig erkennbar ist, muß grundsätzlich als ieberverdächtig angesehen und schleunigst rt werden. Die Verdächtigen müssen in eigenen Beobachtungsbaracke bis zur klinin und bakteriologischen Klärung untergebracht, vor der Aufnahme in die Beobachtungsbaracke ust werden.

nter ca. 750 Fällen fand Fonyó Fälle, bei n ein Ausschlag nicht beobachtet wurde, nur selten, einen Ausschlag, ohne vom Fieber bet zu sein, nie. Die Fieberkurve wich sehr n ab von der typischen, die Gehirnereinungen waren immer vorhanden, entn Angaben in der Literatur, wonach sie weniger ndig seien. Fälle von Flecktyphus ohne kliniErscheinungen waren sehr selten, im Gegen- — abgesehen vom Prodromalstadium — auch en Erfahrungen bei anderen Infektionskrankn, wo neben den schwersten Formen leichteste Bazillenträger vorkommen.

eim Ausbruch einer Epidemie konnte diese r auf einzelne, nicht rechtzeitig erkannte Fälle dlich verlaufene Lungenentzündung, Tod in- Herzschwäche — zurückgeführt werden. e ist durch das rechtzeitige Erkennen des hlags die richtige Diagnose sichergestellt.

rch Absonderung der Flecktyphuskranken -verdächtigen kann man auch die infizierten vernichten.

i bereits in einem Orte ausgebrochener Epi- müssen auch die harmlosesten Gesundheitsngen („Kopfschmerzen!" „Influenza") in Verauf Fleckfieber genommen werden; damit kann pidemie wesentlich eingeschränkt werden, zuallgemeines Absperren und Desinfizieren oft ehr große technische Schwierigkeiten stößt.

e Läusevertilgung muß nach Feststellung des Flecktyphusfalles mit Isolierung der Kranund der Krankheitsverdächtigen, sowie der ckungsverdächtigen, Baden, Haarschneiden, rwechsel beginnen, und zwar unverzüglich; Veibchen der Kleiderlaus legt bis 80 Eier, in Wochen können aus einer Laus 5000 neue eiter der Seuche entstehen. Kleider, Decken, säcke müssen in Desinfektoren oder Backelegt, die Wäsche über Nacht in einer 2%igen seifenlösung eingeweicht oder gründlich ausgekocht werden. Es muß eine Entlausungsanstalt mit Quarantänebaracke gebaut werden; in der Entlausungsanstalt muß eine Rasierstube sein zur Beseitigung der Kopfläuse, ein Desinfektionsapparat oder Backofen und Duschen.

Die Anwendung ätherischer Öle ist bei einer Epidemie zu unterlassen, weil sie die Läuse nicht töten, sondern nur vertreiben und dadurch der Ansteckungsstoff in Nachbarhäuser verschleppt wird, ja selbst in weit entfernte. Die Läuse können von der Narkose der ätherischen Öle oft nach Stunden sich noch erholen.

Verfehlt bleibt selbst das wirksamste Entlausungsverfahren, wenn es sich nicht auf alle Individuen der zur Entlausung bestimmten Menschengruppe erstreckt, und wenn es nicht auf einmal geschieht. Jede, auch kurze Unterbrechung macht das sicherste Mittel illusorisch. Daher muß an eine Entlausung mit ausreichendem Vorrat an chemischen und physikalischen Mitteln (und Personen) herangegangen werden.

Zum Selbstschutz der Ärzte und des Pflegepersonals werden empfohlen enganliegende Schutzanzüge, die an Vorderarmen, Unterschenkeln, Hals das Eindringen der Läuse verhindern, Gummihandschuhe, Naphthalinsäckchen am Halse (10 bis 13 g), Tragen seidener oder imprägnierter Wäsche mit 30%igem Oleum-Betulae-Alkohol.

Man kann auch in Kisten entlausen, in welchen heiße, trockene Luft durch Spirituslampen erzeugt und vermittels Verbindungsröhre eingeführt wird.

Eine Entlausung von 10 000 Männern gestaltete sich mittels fünf Backöfen innerhalb 24 Stunden wie folgt: Haarschneiden und Rasieren, Einreiben der behaarten Körperteile und des Körpers mit Petroleum (1 : 2), Baden, Einreiben der gesunden Körperhaut mit 1%iger Anisölvaselinsalbe. Die Kleider verbleiben eine halbe Stunde in 100° C. Mangels eines Pyrometers oder Klingelthermometers ungefähre Beurteilung des Temperaturgrades im Ofen mit einem Blatt weißen Papiers, das nicht braun werden darf. Auf den Boden des Backofens wird ein durchlöcherter Blechrost zum Schutz der Kleider gelegt.

Bei Entlausung mittels Bügeleisens muß dieses 10 Minuten über den verdächtigen Stellen gehalten werden. Man kann auch die Nähte über eine Flamme ziehen.

Das Kohlendisulfid wandte Fonyó ähnlich der Methode von Kißkalt an, indem er es in hermetisch geschlossenen, mit Blech beschlagenen Kisten auf breiten Blechtafeln verdampfen ließ, auf je 1 cbm 150 g, nach 12 Stunden waren Läuse und Eier tot.



Noch ein anderes Verfahren ist von Fonyó ausprobiert worden: Ausbürsten der Kleider, besonders der Nähte hintereinander mit 40%iger Essigsäure und 2%iger Kresolseifenlösung.

Von der Kälte sah Fonyó wie Brauer keine guten Resultate, dagegen von der Sonne.

Baudischs Anwendung der chemischen Reaktionswärme (70 bis 100° C): Bestreuen der Kleider mit Kalkstaub und dann bespritzen mit Essigsäurelösung.

Die Prüfung der Entlausungsmittel fällt verschieden aus, je nachdem, wie lange die dazu dienende Laus vom Menschen entfernt war. Auch gehen die gut entwickelten und die mit Blut gesättigten früher zugrunde als die unentwickelten, kleinen und die hungrigen.

Wenn bei einer Menschengruppe ein Fleckfieberfall vorgekommen war, blieb sie solange in Quarantäne, bis nach der letzten Erkrankung 21 Tage verflossen waren.

Dank schleunigem energischen Vorgehen erkrankten von 25 283 sehr verlausten Menschen nur 757 und starben davon nur 111 an Fleckfieber. In 30 Fällen trat Gangrän an den Beinen auf, darunter in 10% so hochgradig, daß Amputation des Unterschenkels notwendig wurde, in 20 Fällen blieb sie auf Zehen und Mittelfuß beschränkt. Vom russischen Wärterpersonal erkrankten 7%, vom ungarischen 18% mit 3 Todesfällen, ferner 5 Ärzte mit einem Todesfall (Lungenödem). Eine schwangere Flecktyphuskranke erlitt einen Abortus im zweiten Monat mit sehr starker Blutung; durch Chinin — innerhalb 1½ Stunden dreimal je 0,5 g Chinin, außerdem 2 ccm Hypophysenextrakt und 2 ccm Sekakornin — wurde er beendet bezw. stand die Blutung. Unterbrechung der Schwangerschaft ist auch von anderen bei Fleckfieber beobachtet und dabei starker Blutabgang als Folge von Hämorrhagien in Eihäute und Plazenta. Auf die Sterblichkeitsziffer hatte die Unterbrechung keinen Einfluß.

Infolge der systematischen Entlausung entstanden Erkrankungsperioden von 21 tägigem Typus. Fonyó hat festgestellt, daß Rekonvaleszenten erst drei Wochen nach Entfieberung nicht mehr infektionsfähig sind; bis dahin müssen sie isoliert bleiben und öfter entlaust werden.

In Baracken, wo die Rekonvaleszenten auch nach ihrer Entfieberung zurückgelassen wurden, entwickelte sich die Infektion weiter, als Zeichen, daß nicht vollkommene Entlausung stattgefunden hatte; nur die dürfen erkranken, welche während der Entlausung noch infiziert waren. Nach 42 Tagen darf, wenn die Entlausung vollkommen war, keiner mehr erkranken.

Die Lausbefreiung ist nur dann vollständig, wenn die Desinfektion von Wohnung, Liegestätten und sämtlichen Kleidungsstücken gleichzeitig geschieht; auch müssen die Gereinigten und Nichtgereinigten getrennt werden. Die Wohnung wird mit Seife oder Lauge gescheuert, jeder bewegliche Gegenstand mit 2%iger Kresolseifenlösung abgewaschen, der Fußboden mit zwanzigfach verdünntem Karbol gebeizt.

Fonyó glaubt, daß es auch beim Flecktyphus unbedingt Virusträger gibt, welche nach Ablauf der ersten Epidemie den eingeschleppten Läusen Gelegenheit sich zu infizieren geben und so die Gefahr der Krankheit auf ein neues Terrain verpflanzen können.

Die Ansicht, daß Ansteckung durch die Ausdünstung der Kranken und die Atmungsluft (im Wege der Tröpfcheninfektion), besonders bei dem in den ersten Tagen der Krankheit häufigen Hustenreiz, möglich ist, hält Fonyó nicht für zutreffend, da sich selbst in schlecht gelüfteten ungesunden Räumen andere Kranke und Gesunde neben den Fleckfieberkranken liegend nicht angesteckt haben, wenn die Kleiderläuse einwandfrei vernichtet waren. Allerdings finden Läuse in schlechter Luft, in Kleidern, welche wochenlang nicht abgelegt werden, bessere Lebensbedingungen, als wenn sie Luftzug und Sonnenstrahl ausgesetzt sind.

Den Flecktyphus verursachen nicht die Läuse überhaupt, sondern die infizierten Läuse, und nicht eine, sondern eine ganze Legion solcher muß vorhanden sein, um eine Flecktyphusepidemie hervorrufen zu können. Die Epidemie kommt nur zustande, wenn die Krankheit schon früher eingeschleppt wurde, wodurch die Läuse sich dort schon wochenlang (es genügen drei Wochen) auf den infizierten Menschen zu vermehren Gelegenheit hatten und mit dem Virus des Flecktyphus die Infektion zu verbreiten vermochten; daher dann der lawinenartige Ausbruch der Seuche.

Alles, was Verlausung begünstigt (enges Zusammenleben, Unreinlichkeit, unzulänglicher Wäschewechsel), begünstigt Entstehen von Fleckfieberepidemie („Winterkrankheit").

Wenn man bei Anlaß einer Epidemie und bei Feststellung des Ausgangs die vorher stattgehabten Todesfälle aus unbekannter Ursache, die negativen Sektionsbefunde und die etwa aufgetretenen Fälle symmetrischer Gangrän berücksichtigt, so kommt man bald dazu, daß das Virus Wochen vorher eingeschleppt wurde.

Wenn bei einer Menschengruppe die Entlausung sofort nach Auftreten der ersten Fälle ausgeführt

wird, so steigt die Zahl der Erkrankung dennoch zunächst in den ersten Wochen, weil einzelne schon vorher infiziert waren, und nimmt dann erst ab.

Die Möglichkeit einer Infektion durch immune Virusträger beziehungsweise durch ihre Läuse wird von Fonyó zugegeben.

Die Infektion nach kurzem Verweilen im nicht entlausten Krankenzimmer, ohne Berührung mit dem Kranken, wird durch Läuse, die vom Fußboden herauf an den Körper gelangen, erklärt. Es sind Ärzte, die Schutzanzüge, Gummihandschuhe und Masken (wegen Tröpfcheninfektion) angelegt hatten, innerhalb drei Wochen erkrankt. Andererseits wurde beobachtet, daß Familienangehörige, die tagelang mit dem Kranken zusammen waren, nicht erkrankten, auch nicht Wärter, die ohne jede Vorsichtsmaßregel Kranke pflegten. Nicht der Kranke infiziert, sondern der Überträger; ein läusefreier Kranker kann nicht anstecken. Andererseits können lausfreie Menschen an Flecktyphus erkranken, indem sie irgendwo einmal von infizierten Läusen gebissen wurden, die aber nicht Gelegenheit hatten, in den Kleidern des Gebissenen zu bleiben. Ein Arzt hatte sich dadurch infiziert, daß er sich mit der Nadel der Kampferspritze verletzte, mit der er einem Fleckfieberkranken eine Injektion gemacht hatte. — Ob der Flecktyphuserreger nicht bloß durch direktes Eindringen in das Blut auf dem Wege des Stichkanals, sondern auch dadurch wirkt, daß er zunächst auf Haut und Kleid haftet, um dann irgendwie in den Körper zu kommen, ist noch aufzuklären. Auch in einem Krankheitsfalle, wo die Übertragung nicht durch Lausstich geschah, ist die Weiterverbreitung von diesem Falle aus durch Läuse nicht auszuschließen.

Fonyó gibt noch eine Übersicht über Symptome und Verlauf. Nach Vorläufern, wenn überhaupt vorhanden oder merkbar, die 2 bis 14 Tage andauern und in Unwohlsein, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Durst, Wärmeempfindung, Brechreiz, Appetitmangel, Kreuzschmerzen, Gliederschmerzen bestehen, beginnt die Krankheit plötzlich mit Fieber, unerträglichem Kopfschmerz und hochgradiger Mattigkeit (nach Wenkebach nicht mit Schüttelfrost), starkem Hustenreiz, Katarrh der Atmungswege, Schnupfen (influenzaartiges Initialstadium, während andere diese influenzaartigen Symptome für Komplikation halten). Milzvergrößerung. Dies ist das Initialstadium, das zweite beginnt mit dem Ausschlag, der allerdings nicht immer charakteristisch ist. In den ersten Stunden rötlich und der Typhusroseola ähnlich, nur flacher und manchmal oval, wird er bald livide, bläulich, stecknadelkopf- bis linsengroß; mehrere kleine bilden zusammenfließend oft auffallend große Flecke. Nach einigen Tagen sind um die Roseolen bläulichgraue Höfe sichtbar, selbst tieferliegende, bläuliche, linsengroße Extravasate, hyperämische und zyanotische ähnlich Quetschung oder Marmorierung. Dieser Zustand dauert 5 bis 10 Tage, verblaßt dann und der Ausschlag schwindet ganz oder es bleiben bläulichbraune Pigmentmarmorierungen zurück. Manchmal werden die Roseolen zu runden Petechien, oder größeren, unregelmäßig begrenzten, hämorrhagischen Flecken oder die Haut sieht aus wie bei erstgradiger Verbrennung durch heiße Umschläge. Der Ausschlag beginnt am Rumpf vorn und rückwärts und verbreitet sich in 2 bis 3 Tagen auf den ganzen Körper, oft auch auf die Handflächen. Vom Umfang des Ausschlags kann man nicht auf die Schwere des Falles schließen. Die Roseola des Bauchtyphus, nur 15 bis 20, tritt erst am 8. bis 10. Tage auf, die des Fleckfiebers am 3. Tage und meist viel zahlreicher. Erstere hat schärferen Rand, papulöse und petechiale sind sehr selten. Wichtig ist die Unterscheidung von dem zuweilen bei Bauchtyphus vorkommenden flohstichähnlichen Ausschlag, der sich auch über den ganzen Körper ausbreiten kann.

Bei Bauchtyphusroseola handelt es sich um eine unvollkommene Hautkapillarenembolie mit rötlichem entzündlichem Hof in der Umgebung, beim Fleckfieber kommt es dagegen bald zu Venenthrombose und damit zu blauer Verfärbung, größerer Ausdehnung, unregelmäßiger Form; bei Fleckfieber handelt es sich um eine Periarteriitis nodosa, büschelartige Verdickung, und um Versperrung der kleinen Adern (Fränkel, Münch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 24).

Das Fieber verläuft meist als hohe Kontinua, 39 bis 41 ° C, bei 140 Pulsschlägen, aber auch bei schweren Fällen zuweilen unregelmäßig; manchmal ist es nicht so hoch. Charakteristische, nicht voll entwickelte Erkrankungsformen mit fehlendem oder nur ganz geringem Fieber sind sehr selten. Die hohe Kontinua dauert 10 — 12 Tage, sinkt dann nach 2—4 Tagen typisch, zuweilen kommen von Schüttelfrost begleitete Pseudokrisen vor. Im Lauf der ersten Woche folgt Trübung des Sensoriums, Status typhosus, delirante Erregung, bei hochgradiger Rötung des Gesichts, trockener, rauher Zunge, darauf folgt schwere Apathie, in tödlichen Fällen mit Koma, Herzschwäche, fadenförmigem Puls, Kaltwerden der Endglieder; in der Agonie manchmal hyperpyretische Temperaturen.



In seltenen Fällen tritt der Tod im Koma schon in den ersten Tagen ein. Kopf- und Gliederschmerzen dauern manchmal noch in der fieberfreien Periode an. Die Pulszahl hält sich parallel dem Fieber, im Gegensatz zum Bauchtyphus. Albuminurie, bronchopneumonische Herde (mitunter schon früh), selten Lungengangrän, Laryngitis mit Heiserkeit.

Schwere Rezidive kommen nicht vor, dagegen leichtere von mehrtägigem Fieber, meist waren es Komplikationen mit Rekurrens, Pleuritis, Pneumonie, Otitis, Parotitis, Hornhautentzündung, Fußgangrän. Spontane Hautabschuppung kann am 12. oder 15. Tage eintreten; die Haut zeigt schon 8 bis 10 Tage früher, seitlich betrachtet, grauweißen, metallisch schimmernden Farbenton; beim leichten Reiben bröckelt die obere Epidermiskruste in Form feiner Schuppen ab und darunter tritt die leicht hyperämische Haut hervor (von Brauer Radiergummiphänomen genannt).

Die in 4% vorkommende spontane, symmetrische Gangrän der Endglieder beruht auf spezifischer Entzündung der Intima der Gefäße und Thrombose und entwickelt sich oft an gedrückten Stellen. Polyneuritische Lähmung ist eine nicht so seltene Nachkrankheit.

Die Diagnose Fleckfieber ist unstatthaft, wo kein charakteristisches Exanthem vorhanden ist, solange nicht durch Blutuntersuchung andere Krankheiten ausgeschlossen sind.

Bezüglich Behandlung bemerkt Fonyó, daß Chinin, Quecksilber, Salizyl, Rekonvaleszentenserum unwirksam sind; laue Bäder, kalte Abwaschungen, kühle Einpackungen, Lumbalpunktionen (bei getrübtem Sensorium), Pyramidon, Kampferöl, Koffein, Digitalis, Urotropin, Dispargen, 1 bis 3 ccm normales Pferdeserum (subkutan) sind empfohlen worden.

Bei Kranken aus einer Gegend mit Fleckfieberendemie ist die Sterblichkeit nur 2 bis 5%.

Der Zusammenhang von Epidemien mit Hungersnot und Krieg ist nur der indirekte über die Ungunst der hygienischen Verhältnisse.

(Fortsetzung folgt.)

Geschäftliches.

Bedeutende Ersparnis an Seife und Wäsche erzielt man jetzt durch Benutzung von Serviettentaschen. Die Servietten können wiederholt benutzt werden, sind zweckmäßig umhüllt, glatt und sauber aufgehoben, und die Serviettentaschen lassen sich bequem aufstapeln, selbst bei größerer Menge. Als besondere Spezialität fabriziert die Firma Wilh. Höcker, Wiesbaden, diesen Artikel in verschiedenen Ausführungen, und liegt ein diesbezüglicher Prospekt unserer heutigen Gesamtauflage bei.

Der hochmütige, anmaßende Ton, mit dem der Vierverband seine Friedensbedingungen formuliert hat, hat nicht nur gerechte Entrüstung bei uns hervorgerufen, sondern auch in wohlverdientem Maße Hohn und Spott. Unsere Feinde haben sich in ihrem Übermaß von blinder Wut bei allen ruhig denkenden Menschen selbst zur Karikatur gestempelt, und der Stift des Zeichners, wie die Feder des Satirikers haben auch diese Blöße der Gegner mit nie rastender Bereitschaft erspäht und sie mit ihrem Humor überschüttet, ohne jedoch dabei die Grenzen des politischen Anstandes zu verlieren. Es gewährt deshalb eine ganz eigene Befriedigung, ihrem spöttischen Treiben zu folgen, und wer sich dieses Vergnügen verschaffen will, der nehme die nächstbeste Nummer der Meggendorfer-Blätter zur Hand und durchblättere deren wohlgelungene Kriegschronik. Der Krieg, der alles in seinen Bann zog, läßt auch diese vornehme Zeitschrift in seinen Bahnen wandeln und den

Leser alles darin finden, was er in dieser großen und bewegten Zeit sucht und begehrt. Neben der politischen Satire aber pflegen die Meggendorfer-Blätter ganz in der alten Weise Kunst und Humor in gediegenster Form und vortrefflichster Wiedergabe, durchflochten mit ernster, stimmungsvoller Lyrik und guten, sinnvollen Gedanken. Gerade diese Eigenart hat denn auch den Kreis der Verehrer dieser modernen Zeitschrift immer mehr und mehr erweitert, und ihre große Verbreitung legt Zeugnis dafür ab.

Bei alledem ist der Preis der gleiche geblieben, wie vor dem Kriege und beträgt für das Vierteljahr (ohne Porto) 3,00 M. Bestellungen können bei jeder Postanstalt, Buchhandlung oder Zeitungsverkaufsstelle gemacht werden. Auch einzelne Nummern sind überall erhältlich.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben, i. Schl. Die wissenschenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tätig in Doppelnummern.
Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 3/4. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle, Chefarzt Dr. **Beyer,** Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters,** Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer,** Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. **Falkenberg,** Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer,** Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer,** Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting,** Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg,** Sonnenstein b Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge,** Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. **Kreuser,** Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann,** Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin,** Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah,** Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz,** Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß,** Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger,** Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke,** Eglfing bei München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt,** Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 3/4. 14. April 1917/18.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Bericht über eine Ruhrepidemie in der Libauer Städtischen Irrenanstalt.

Von Dr. **Harald Siebert,** leit. Arzt der Anstalt.

Wie schon seit Jahrzehnten, ist auch in diesem Spätsommer die Stadt Libau von einer Dysenterieepidemie heimgesucht worden, die sich wie gewöhnlich bezirks- und herdweise verbreitete und, abgesehen von Einzelinfektionen, die gesamte übrige Stadt nicht weiter betraf. Schon gleich zu Anfang der Epidemie stellten sich in der Städtischen Irrenanstalt Erkrankungsfälle ein, und ich glaube nach Ablauf der Epidemie berechtigt zu sein, über meine gemachten Beobachtungen zu berichten.

Die Anstalt ist auf dem Gelände des Städtischen allgemeinen Krankenhauses gelegen, und zwar in unmittelbarer Nähe des Meeres. Der Bezirk, in dem das Krankenhaus sich befindet, galt von jeher als stark der Verbreitung der Ruhr unterworfen, jedoch haben genaue Untersuchungen der Boden- und Wasserverhältnisse hier nie einen plausiblen Grund für diese unhygienischen Zustände ergeben. — Welches in diesem Jahr die anfängliche Infektionsursache in der Anstalt gewesen sein könnte, läßt sich nicht feststellen, immerhin dürften zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Erstens besteht die Tatsache, daß in der Entfernung von 200 bis 300 m von der Anstalt am Meeresufer zwischen den Dünen Schutt und Abfälle aus der Stadt abgeladen werden, trotz aller meiner heftigen Proteste. Hier tummeln sich zur Sommerszeit die unglaublichsten Mengen von Fliegen, die von der Abfuhrstelle aus die ganze Umgegend beschwärmen. Nach Ansicht eines sehr beschlagenen hygienischen Sachverständigen wäre in diesen Fliegen die Hauptursache einer Infektionsverbreitung zu suchen, indem durch die Insekten eventuelle Keime zu der in der Nähe belegenen Anstalt verschleppt würden, wo sie trotz aller Vorsichtsmaßregeln immer an gewissen Stellen Eingang fänden. Zweitens käme die Einbringung der Krankheitserreger durch von außen hinzugekommene Kranke oder Bazillenträger in Betracht. Auch hierfür läßt sich kein Beweis erbringen; unter den wenigen Neuaufnahmen, welche in der Zeit des Epidemieausbruchs stattgefunden hatten, wäre nur eine paralytische Frau zu erwähnen, die wegen dort festgestellter Geistesstörung aus dem Strafgefängnis der Städtischen Irrenanstalt überwiesen wurde. Im Gefänignis war sie angeblich gesund, soll nicht an Durchfällen gelitten haben; hier im Krankenhause war sie zwei Tage und verstarb im paralytischen Anfall; sie hatte an beiden Tagen mehrmals Durchfälle und mußte andauernd auf einem Nachtstuhl gehalten werden, da sie beständig unter sich machte. Die Stuhlentleerungen waren breiig, enthielten keinen Schleim und kein Blut, Fieber bestand nicht. Die Kranke wurde wegen ihres schweren und hoffnungslosen Leidens wohl von den übrigen Patienten isoliert gehalten, auch wurden der Nachtstuhl und die Entleerungen in nötiger Weise einem desinfizierenden Verfahren unterzogen, jedoch sind bei ihr keine besonderen, auf Dysenterie hinzielenden Maßnahmen getroffen worden. Ihr Tod wurde als ausschließliche Folge der bestehenden Gehirnkrankheit aufgefaßt. Am 24. Juli, sechs Tage nach dem Tode der paralytischen Frau, trat in der Männerabteilung (die allerdings im selben Hause mit der

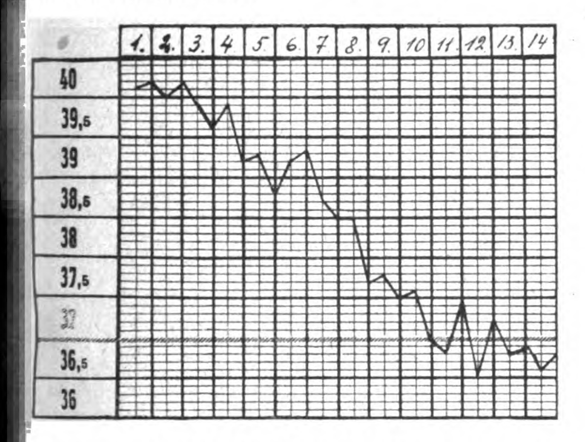


Frauenabteilung gelegen ist) der erste Fall klinisch einwandfreier Dysenterie auf. Es erkrankten sodann von 38 Anstaltsinsassen in der Zeit vom 24. Juli bis zum 16. August sukzessive 14 Personen an Dysenterie; die mit Durchfällen verstorbene, vorhin erwähnte Frau kann, da die Annahme einer Infektionskrankheit bei ihr nur ins Reich der Möglichkeit gezogen werden darf, dieser Reihe nicht angegliedert werden. Am 10. September erkrankte plötzlich, nach fast vier Wochen dauerndem Intervall ein an progressiver Paralyse leidender Kranker mit schleimig-blutigen Stühlen und wurde sofort der Infektionsabteilung des allgemeinen Krankenhauses überwiesen. Diese anfänglich sehr unangenehme Tatsache, die auf eine schwere allgemeine Verseuchung der Anstalt schließen ließ, klärte sich späterhin in der Weise auf, daß dem Patienten bei Besuchen seitens der Verwandten, trotz strengen Verbots, Nahrungsmittel und Obst zugesteckt worden waren, während im Hause der Angehörigen zwei Schwestern des Kranken an Dysenterie litten. Ich betrachte aus diesem Grunde den erwähnten, fünfzehnten, Fall als nicht in der Anstalt entstanden und schließe ihn auch von der Gesamtbetrachtung der Epidemie aus. — Befallen wurden von der Ruhr demgemäß acht Männer und sechs Frauen; fünf Männer und zwei Frauen mußten in der Anstalt verpflegt werden, da es sich um meist sehr erregte, vielfach gemeingefährliche Persönlichkeiten handelte, während der Rest, drei Männer und vier Frauen, sofort bei Eintritt verdachtserregender Momente der Infektionsabteilung des nebenan gelegenen allgemeinen Krankenhauses überwiesen werden konnte. Die in der Anstalt verbliebenen Ruhrkranken wurden sorgfältig in von den übrigen Insassen getrennten Räumlichkeiten abgeschlossen, ihre Entleerungen in Nachtstühlen aufgefangen und einer peinlichen Desinfektion unterzogen. Wenn trotzdem eine Infektion auf die andere folgte, so muß hierbei berücksichtigt werden, daß bei vielen Geisteskranken die sonst so alarmierenden Erscheinungen der Dysenterie oft später und viel weniger für die Umgebung bemerkbar wurden, als bei Geistesgesunden; besonders bei stuporösen Zuständen oder bei Verblödungsprozessen wurde vielfach erst durch Beschmutzen der Kleider oder ständige Durchfälle die Aufmerksamkeit auf den Kranken gelenkt, während die Ruhr vielleicht schon seit Tagen manifest war, und die Möglichkeit einer Infektion der Umgebung bestand. Die Ansteckungsgefahr bleibt in einer Irrenanstalt immer größer als in jedem anderen Krankenhause und in jeder einzelnen Einrichtung, wo größere Menschenmassen zusammen leben. Die hiesige Anstalt, welche für die an sie gestellten Anforderungen zu klein ist und bei einer verhältnismäßig großen Aufnahmezahl über ungenügende Räume verfügt, beherbergt meist sehr schwere Psychosen, und darunter viele verwahrloste, meist sehr unsoziale Fälle, was auch wiederum als ein weiteres erschwerendes Moment in Frage kommt.

Der Form ihrer Geistesstörung nach handelte es sich bei den an Ruhr Erkrankten um acht Fälle von einfachen Verblödungsprozessen, zwei Fälle progressiver Paralyse, zwei Fälle affektiver Seelenstörung und je einen Fall von Epilepsie und Paranoia chronica. Die Diagnose der Dysenterie gründete sich ausschließlich auf die klinischen Erscheinungen, die bakteriologische Untersuchung, welche im Laboratorium einer Armee ausgeführt wurde, war für die Beurteilung dieser Frage von keiner Bedeutung. Von den meisten Kranken sind die Stühle mehrmals in der Untersuchungsstelle geprüft worden, ein positives Resultat auf Shiga-Krusesche Dysenteriebazillen wurde unter 14 Fällen zweimal festgestellt. Bei beiden handelte es sich um ganz leichte Erkrankungen, die anscheinend plötzlich unter dem Bilde gehäufter schleimig-blutiger Durchfälle auftraten, in vier bis fünf Tagen jedoch bereits festen, gebundenen Stuhl aufwiesen, obgleich sie ihres negativistischen Wesens wegen keiner Behandlung zugängig waren. Auch die Stühle der nicht an Ruhr erkrankten Anstaltsinsassen wurden bakteriologisch untersucht, und hierbei wäre das bemerkenswerte Resultat zu erwähnen, daß bei einem völlig gesunden Individuum, welches nicht krank gewesen war und auch während der Dauer der Epidemie nicht erkrankte, einwandsfreie Dysenterieerreger gefunden wurden, es sich also um einen sogenannten Bazillenträger handeln sollte. Auf die Möglichkeit einer eventuellen Verwechslung mag ja aufmerksam gemacht werden; der Patient wurde prophylaktisch separiert und mit Kalomel behandelt, die nächsten Stuhlproben ergaben bakteriologisch negative Resultate.

Der Verlauf der Dysenterie war im allgemeinen ein leichter, unter stürmischem Fieber setzte die Erkrankung ein, bei den meisten zeigten sich bereits in den nächsten Tagen schleimig-blutige Stühle, die je nach der Intensität des einzelnen Prozesses in kürzerer oder längerer Zeit in fäkulente übergingen, bis die Genesung eintrat. Die Entfieberung trat meist in acht bis zehn Tagen ein, selten hielten

die Temperaturen länger an, vielfach ließ sich bei ihnen ein Typus inversus beobachten. Die unten dargestellte Kurve illustriert in einem Fall, bei einer verblödeten katatonischen Kranken, den Verlauf des Fiebers; gerade im Stadium der Defervescenz ist das Auftreten niederer Abendtemperaturen deutlich zu beobachten.



Es verstarb nur eine Kranke, die an schwerer Melancholie litt und bereits drei mit Mühe vereitelte Selbstmordversuche hinter sich hatte. Sie war, dem Wunsch der Angehörigen entsprechend, nach der Infektionsabteilung des allgemeinen Krankenhauses verlegt worden, wo die Nahrungszufuhr bei der anhaltend abstinierenden Patientin sich noch schwieriger gestaltete und sie rapid von Kräften kam — hier also bis zu einem gewissen Grade der Tod als Folge der Geistesstörung aufzufassen ist. Die Allgemeinsterblichkeit an Ruhr in diesem Jahre betrug nach Berechnung des allgemeinen Krankenhauses 13%. Romberg[1]) erwähnt eine schwankende Mortalitätsziffer zwischen 1 und 22%. — Der Entwicklung der Dysenterie in der Anstalt im speziellen, aber auch der Epidemie im allgemeinen kam die Schwierigkeit im Beschaffen gewisser Nahrungsmittel sehr zugute, besonders innerhalb der ärmeren Bevölkerungsschichten. Unter den Insassen der Irrenanstalt ließen sich durch die für viele ungewohnte Kost (die an Kalorienzahl ja völlig genügte) schon vor Epidemieausbruch öfters gastrische Beschwerden nachweisen; auch litten viele Kranke an einem ständigen Hungergefühl, trotz genügender Nahrungszufuhr, was wohl lediglich an dem Fehlen der früher gewohnheitsgemäß genossenen großen Brotquantitäten lag. Daß dieser Faktor in der großen Reihe eine Epidemie hervorrufender Gründe eine kleine, vielleicht sogar untergeordnete Rolle spielt, versteht sich von selbst, verdient jedoch immerhin der Erwähnung.

Die Behandlung der Kranken wurde nach den üblichen Grundsätzen der inneren Medizin ausgeführt, schwierig war es jedoch, in Fragen der Diät so zu verfahren, wie es oft erforderlich schien. Die der Infektionsabteilung überwiesenen Patienten habe ich nicht selbst behandelt, sondern sie nur beobachtet, während die in der Anstalt verbliebenen ruhrkranken Insassen von mir ärztlich versorgt wurden. Um diese Zeit las ich die Arbeit von E. Handmann[2]) über Bolustherapie bei Dysenterie und versuchte umgehend dieses Verfahren anzuwenden. Wie dieses im Wesen vieler Geistesstörungen liegt, ist es unmöglich solche Prozedur bei widerstrebenden und unsozialen Patienten anzuwenden; zwei Kranke ließen überhaupt keine Annäherung zu, und bei einem konnte die Behandlung wegen hochgradigen Schwachsinns überhaupt nicht angewandt werden. Ich habe mich in der Ausführung der Methode streng an die in der Originalarbeit dargelegten Grundsätze gehalten und sah mich in keinem Fall genötigt, die Verabfolgung von Bolus zum zweiten Mal zu wiederholen. In zwei Fällen von schleimig-blutigen Entleerungen war bereits am dritten Tage der Behandlung gebundener Stuhl nachzuweisen, zweimal besserte sich der Zustand langsamer, indem noch eine Woche lang fäkulente Durchfälle anhielten. Den Eindruck habe ich jedenfalls gewonnen, daß durch Bolus alba in der internen Therapie der Ruhr viel gewonnen werden kann, und daß die Dauer der Krankheit durch die Anwendung dieses Mittels um vieles verkürzt wird.

Was den Einfluß der Dysenterie auf das psychische Verhalten und die körperliche Beschaffenheit der beobachteten Geisteskranken anbelangt, so konnte meist nichts von Bedeutung festgestellt werden. Besonders berücksichtigte ich die Reaktion der Psyche auf die fieberhaften Zustände, die ja doch oft bis zu zwei Wochen dauerten, da ich mich mit diesem Problem bereits seit Langem beschäftigt habe.[3]) Es wurde lediglich ein Paralytiker, bei dem vor sechs Monaten eine Tuber-

[1]) v. Merings Lehrbuch der inneren Medizin.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1916 Heft 30: Zur Diagnose und Therapie der Bazillenruhr.

[3]) H. Siebert, Über den Einfluß des Fiebers auf den Verlauf von Geistesstörungen. Petersburger med. Wochenschr. 1911 Heft 40. — Ders., Über progressive Paralyse. Petersb. med. Zeitschr. 1914 Heft 2. — Ders., Über die Tuberkulinbehandlung der Paralyse. Monatsschr. für Psych. u. Neur. 1916.



kulinkur versagte, nach überstandener Dysenterie mit anhaltendem hohen Fieber (bis 40°) in einem weitgehenden Maße gebessert. Er war körperlich sehr herabgekommen, äußerte Größenideen und zeigte in Reden und Handeln einen hochgradigen Schwachsinn, war zuweilen auch sehr erregt. Mit Abklingen des Fiebers wurde er zusehends besonnener, erlangte seine Orientierung wieder und sprach geordnet, auch besserte sich, ohne daß er eine spezielle bessere Kost erhielt, der körperliche Zustand in auffallender Weise. Beachtenswert war hier das rasche Einsetzen der Remission. — Gegenüber dieser Besserung bei progressiver Paralyse sah ich in den zwei Fällen affektiver Seelenstörung eine sichtliche Verschlimmerung eintreten. Es handelte sich um die bereits oben erwähnte melancholische Kranke, bei der sich sofort nach Eintritt der Dysenteriebeschwerden somatopsychische Vorstellungen bemerkbar machten, die das Seelenleben schwer zu schädigen schienen, sowie um eine weitere Patientin mit manischer Erregung, bei welcher bei Ausbruch der Ruhr die Psychose gerade im Abklingen begriffen war; unter dem Einfluß des Fiebers und wohl auch des Krankheitsprozesses überhaupt, setzte die Erregung nebst den sonstigen Kriterien des manischen Krankheitsbildes erneut ein, so daß eine einigermaßen sachgemäße Behandlung der Infektionskrankheit nur unter Anwendung großer Mengen narkotischer Mittel möglich war. — Was somatische Nachkrankheiten betrifft, so hat sich im Anschluß an die Dysenterie nur in einem einzigen Fall eine solche Komplikation entwickelt, und zwar trat bei einem schwer verblödeten Katatoniker nach Schwinden der Durchfälle eine akute Nephritis auf. Gleich bei der Entwicklung machten sich starke Schwellungen des Gesichts und der unteren Extremitäten bemerkbar, der Eiweißgehalt stieg sofort über 12‰, Urinmenge täglich bis zu 300 ccm. Auffallend war jetzt, daß der Kranke enorme Mengen Speichel zu produzieren begann und, da er große Quantitäten Flüssigkeiten vertilgte, mehrere Liter im Laufe des Tages ausspie. Der Speichel ließ sich bequem auffangen, er war sehr zäh und enthielt eine spärliche Schleimbeimischung aus dem Nasenrachenraum. Eine solche Salivation hatte bereits vor 6 Jahren bestanden, wo sie mehrere Monate hindurch, jedoch damals bei gänzlich intakten Nieren, anhielt. Trotz Nachlassens der Schwellung konnten immer hohe Eiweißwerte im Harn nachgewiesen werden. Am 10. September urämische Erscheinungen, jedoch keine Krämpfe, Klagen über starke Kopfschmerzen, Erbrechen. Hierauf wiederholte Aderlässe, ohne wesentliche Besserung. Am 16. September nahm ich, dem Vorgang Determanns[4]) folgend, eine ausgiebige Lumbalpunktion (50 ccm Zerebrospinalflüssigkeit) vor und machte im Anschluß hieran einen Aderlaß, woraufhin die Kopfschmerzen und das bis dahin anhaltende Erbrechen sofort nachließen. Am nächsten Tage war der Eiweißgehalt auf 2‰ gesunken, der Kranke fühlte sich freier und wohler. Der weitere Verlauf ergab in fünf Tagen nichts Wesentliches, jedenfalls machten sich keine weiteren urämischen Erscheinungen bemerkbar.

Hiermit kann ich meine Mitteilung über den Verlauf der Ruhrepidemie in der von mir geleiteten Anstalt schließen, wenn sie auch keine wesentlich neuen Momente bringt, so enthält sie doch eine Reihe recht beachtenswerter Tatsachen.

[4]) Zur Behandlung der Urämie. Deutsche med. Wochenschr. 1916 Heft 37.

Mitteilungen.

— **Ludwig Bruns †.** Dem am 9. November 1916, leider zu früh heimgegangenen berühmten Nervenarzte in Hannover (geboren am 25. Juni 1858 ebenda) sind in der allgemeinen medizinischen, wie in der neurologisch-psychiatrischen Presse viele recht herzliche Nachrufe gewidmet worden. Wir beschränken uns hier auf die auszugsweise Wiedergabe von nur zweien:

Loewenthal sagt in der „Deutschen medizinischen Wochenschrift" vom 21. Dezember 1916:

„58 Jahre ist er nur alt geworden. Und doch scheint sein Lebensbild in seiner ausgereiften Fülle abgerundet, vollendet.

Das wird wohl nur bei den wenigen Menschen so sein, die, wie er, aus einem Gusse sind; stetig und klar, auf ein Ziel gerichtet, ohne einseitig zu sein. So ging sein Leben eine gerade Linie aufwärts in gleichmäßiger Steigung, und auf der erstiegenen Höhe blieb er; wohl ihm, daß er den Abstieg des Alters nicht zu machen brauchte.

Als „Primus omnium" verließ er 1877 das Gymnasium. Die Assistentenzeit bei Hitzig in Nietleben und Halle von 1882 bis 1886 hatte ihn anatomisch aufs beste geschult.

Von seinen klassischen Arbeiten auf dem Gebiete der Hirn- und Rückenmarkskrankheiten findet sich ein wesentlicher Niederschlag in seinen Artikeln in der Real-

enzyklopädie von Eulenburg, von der vierten Auflage ab. Eine noch bedeutendere Zusammenfassung in seinem Buche „Über die Geschwülste des Nervensystems" (1897, 2. Aufl. 1908).

Dann breitete sich sein wissenschaftliches Interesse auf neue Gebiete aus, als ihm 1894 die Oberarztstelle in der Hannoverschen Kinderheilanstalt übertragen wurde.

Ein reizvolles Kapitel war für ihn die „Hysterie im Kindesalter" (Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle 1897). Hier lockte ihn, wenn ihn auch sonst das rein Nervöse und Psychische nicht anzog, die Reinheit und Durchsichtigkeit des pathologischen Geschehens, und hier zeigte er auch sein psychologisch feines Verständnis.

Seine „Überrumpelungsmethode" stimmt in allem Wesentlichen mit der jetzt wieder durch Kaufmann empfohlenen erfolgreichen Intensivbehandlung der Kriegsneurosen überein.

Auch das historisch und aktuell wichtige Gebiet der traumatischen Neurosen bearbeitete er als ein würdiger Mitkämpfer Oppenheims. In der jetzt wieder brennenden Streitfrage werden wir noch für Jahre hinaus gerade die kritische Sachlichkeit Bruns' vermissen. Männer wie Bruns, von solch wissenschaftlichem Weitblick und Tiefblick, sind eben recht selten.

Und der Mensch Bruns — eine weiche, empfindsame Seele in einem schweren, massigen Körper; knappe, fast spärliche Redeweise, aber jedes Wort voll eindringendsten Verständnisses und voll von Herzensgüte; und vor allem voll der starken Bestimmtheit eines grundehrlichen Charakters.

So bleibt er auch als Mensch ein vollendetes Bild all denen, die ihn kannten."

Oppenheim schreibt im „Neurologischen Zentralblatt" 1916 Nr. 23 von ihm:

„Bruns war freilich auf vielen anderen Gebieten zu Hause, er hatte ein großes Interesse für Politik und Kunst, besonders Musik, und ein warmes Empfinden für alle Menschenschicksale. Aber ganz besonders kam es ihm darauf an, das Zusammentreffen mit einem Kollegen zur Aufklärung eines diagnostisch zweifelhaften Krankheitsfalles oder zur Erörterung eines wissenschaftlichen Problems zu verwerten. Erst wenn er sich das alles vom Herzen gesprochen hatte, dann kam die Behaglichkeit zur Geltung. Denn er war ein Freund des heiteren Lebensgenusses nach verrichteter Arbeit, dann wurde er der humorvolle Plauderer, der auch in trüben Stunden den Sonnenschein wieder hervorzuzaubern vermochte. . . .

Seit einer Reihe von Jahren Mitglied der Ärztekammer der Provinz Hannover, wurde er später deren Vorsitzender. 1903 erhielt er den Professortitel. Während des Krieges war er als fachärztlicher Beirat besonders stark in Anspruch genommen. . . .

Die Lehre von den Geschwülsten des zentralen und peripherischen Nervensystems hat vom Beginn bis zum Abschluß seiner Lebensarbeit das Hauptobjekt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit gebildet. Hier stand ihm eine ungewöhnlich große Erfahrung zu Gebote. Dazu kam, daß gerade hier der Therapie ein neues, bis da völlig verschlossenes Reich seine Pforten weit öffnete. . . .

Ich erinnere nur an den Ausbau der Diagnostik der Balken- und Stirnhirngeschwülste, besonders an die Begründung der Lehre von der frontalen Ataxie, an die Aufstellung der Kriterien der Differentialdiagnose zwischen den Tumoren der Vierhügelgegend und des Kleinhirns, an seine wertvollen Beiträge zur Symptomatologie des Cysticercus cerebri, insbesondere an das Brunssche Symptom, an die frühzeitige Festlegung der Indikationen für die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Für die Diagnostik und Therapie der Rückenmarkskrankheiten sind die Bastian-Brunssche Lehre und seine Studien zur Segmentdiagnose besonders bedeutungsvoll geworden.

Seine Monographie der Geschwülste des Nervensystems gehört zweifellos zu den besten Darstellungen, die wir über diese Frage besitzen.

Von seinen übrigen Arbeiten verdienen die über die Seelenlähmung und über die Sehstörungen bei multipler Sklerose besonders hervorgehoben zu werden.

Als der Krieg ausbrach, schien Bruns noch auf der Höhe des Schaffens zu stehen, er gab sich mit ganzem Eifer und mit der Tatkraft eines Jugendlichen dieser Tätigkeit hin, nahm an allen Fragen der Kriegsneurologie in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht regsten Anteil und erwarb sich dafür auch den Dank und die Anerkennung der obersten Militärbehörde. . . ."

— Unter dem Titel: **Eine deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München** berichten die „Münch. Neueste Nachrichten" (Morgenausgabe) vom 1. März 1917. Wir entnehmen dem Bericht folgendes:

Hochherzige Spender haben die ansehnliche Summe von 1 700 000 M zur Stiftung einer Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München dem bayerischen Staate zur Verfügung gestellt. Die neue bedeutende Stiftung ehrt nicht nur den Edelsinn und die Opferfreudigkeit der Spender, die damit ihr Verständnis für die Erhaltung der geistigen und sittlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit unseres Volkes bekundet haben, sondern sie ehrt auch die Wissenschaft, deren Förderung sie gewidmet ist. München kann stolz darauf sein, die Heimstätte eines so hervorragenden wissenschaftlichen Instituts zu werden, das sich an Bedeutung den Kaiser-Wilhelm-Instituten im Norden Deutschlands würdig an die Seite stellen wird.

Der erste Gedanke zur Schaffung dieser eigenen Forschungsanstalt ist von München ausgegangen. Auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau im Mai 1913 hat der Münchner Universitätsprofessor Geh. Hofrat Dr. Emil Kraepelin über den Plan eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie berichtet. Auf Veranlassung der Versammlung arbeitete darauf Professor Kraepelin eine Denkschrift aus, worin die Gesichtspunkte für die von einer derartigen Anstalt zu lösenden Aufgaben, die erforderlichen Hilfsmittel, die Gliederung und Einrichtung, die Raumeinteilung, die Kosten und die Frage nach deren Deckung eingehend besprochen worden sind. Diese Ausführungen waren dazu bestimmt, als Grundlage für Verhandlungen mit der



Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft zu dienen, auf deren Beihilfe man hoffte. Die Ausführung des Planes ist jedoch von der genannten Gesellschaft abgelehnt worden. Maßgebend für diese Entscheidung scheint einmal die Höhe der Kosten, sodann aber das Bedenken gewesen zu sein, ein Forschungsinstitut mit einer Krankenabteilung zu verbinden. Nach dieser Ablehnung wurde die Frage erwogen, ob nicht der Reichstag die Kosten für Bau und Einrichtung des geplanten Forschungsinstituts übernehmen würde, da das Institut dazu bestimmt sei, den Interessen des ganzen Landes zu dienen. Doch schien eine solche Bitte an den Reichstag zurzeit wenig Aussicht auf Erfolg zu haben. Auch war man abgeneigt, allenfalls ein Reichsinstitut mit mehr oder weniger starrer Bindung der Organisation und der Verpflichtungen, sowie in engster Abhängigkeit von den Reichsbehörden zu schaffen. Als letzter Weg, Mittel für das Institut zu gewinnen, wurde der Versuch bezeichnet, Gönner aufzufinden, die bereit wären, Geld für die hier verfolgten Zwecke bei Lebzeiten oder letztwillig zu spenden. Dieser letzte Weg, um zum Ziele zu gelangen, ist nun insofern von Erfolg begleitet gewesen, als sich eine Anzahl Männer zusammengeschlossen und die erwähnte Summe von 1 700 000 M. zur Errichtung der Stiftung gespendet hat. Die Namen dieser Gönner müssen der Öffentlichkeit vorerst noch vorenthalten bleiben. Der Dank und die Anerkennung der Nation ist ihnen aber sicher.

Der von Professor K r a e p e l i n zum ersten Male vorgetragene Plan der Schaffung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie ist durch die eben erfolgte reiche Stiftung der Verwirklichung näher gerückt. Wie die Lösung dieser Aufgabe gedacht ist, darüber gibt die von Professor K r a e p e l i n im November 1915 verfaßte Denkschrift eingehend und lehrreich Aufschluß. Die Denkschrift des hochgeschätzten Psychiaters wird auch die Grundlage für die Ausgestaltung der neuen Forschungsanstalt in München bilden.

Zur Begründung des neuen Instituts weist Professor K r a e p e l i n darauf hin, daß unter den naturwissenschaftlich-medizinischen Aufgaben, deren Bearbeitung unsere Zeit fordert, es nicht allzuviele geben dürfte, die für das Wohl und Wehe der Menschen eine ähnliche Tragweite haben, wie die Erforschung der Ursachen und des Wesens der Geistesstörungen. Die Zahl der Geisteskranken in Deutschland beträgt zurzeit unzweifelhaft mehrere Hunderttausende, ganz abgesehen von der unübersehbaren Schar leicht abnormer Menschen, die wir einmal als „Nervöse", Sonderlinge, Psychopathen, anderseits als Schwachsinnige und Minderwertige oder als Entartete und Gesellschaftsfeinde bezeichnen.

Die Waffen, womit wir zurzeit gegenüber der unter Umständen unser gesamtes Dasein schwer bedrohenden Gefahr ausgerüstet sind, müssen als äußerst unvollkommen bezeichnet werden. Wir kennen zwar bei einer Reihe von Formen des Irreseins ungefähr die Ursachen, aber es fehlt uns auch hier oft ein tieferer Einblick in das Wesen des Leidens. Über den Ursprung der größten Mehrzahl der Geistesstörungen liegt aber noch das tiefste Dunkel. Unsere Wissenschaft ist zu neu und die Zeit liegt noch nicht lange hinter uns, in der die gesamte wissenschaftlich-psychiatrische Arbeit in den Irrenanstalten geleistet werden mußte. Diese aber waren vor allem zur Unterbringung und zur Behandlung der Kranken erbaut worden; für die Erforschung des Irreseins fehlten ihnen nahezu alle Hilfsmittel. Auch die seit drei bis vier Jahrzehnten fortschreitende Errichtung von Universitätskliniken für den Unterricht in der Psychiatrie änderte daran zunächst nur wenig. Erst die letzten Jahrzehnte haben endlich Wandel geschafft und die psychiatrische Forschung derart mit neuen Hilfsmitteln ausgestattet, daß sie, wenn auch nicht in ihren Erfolgen, so doch in ihren Methoden sich vollberechtigt den übrigen Zweigen der wissenschaftlichen Medizin an die Seite stellen darf. Da aber die Anforderungen, die die Forschung an Hilfsmittel, Zeit und Arbeitskraft stellt, in raschem Wachsen begriffen sind, muß auf andern Wegen Rat geschafft werden. Das ist um so notwendiger, als eine wirksame Bekämpfung der Geisteskrankheiten offenbar ohne genauere Erkenntnis ihres Wesens und ihrer Ursachen nicht möglich ist. Was geschehen muß, ist die E r r i c h t u n g e i g e n e r F o r s c h u n g s i n s t i t u t e f ü r P s y c h i a t r i e, in denen alle gangbaren Wege zum Ziel ohne Behinderung durch Nebenaufgaben beschritten werden können, in denen das planmäßige Zusammenarbeiten vorgebildeter Forscher die günstigsten Bedingungen zur Gewinnung wissenschaftlicher Ergebnisse schafft.

Die Aufgaben eines psychiatrischen Forschungsinstitutes können und sollen sich natürlich nicht auf das ganze Gebiet der psychiatrischen Wissenschaft, sondern nur auf diejenigen Fragen erstrecken, zu deren Lösung besondere Einrichtungen erforderlich sind. Die Aufstellung neuer Krankheitsformen, die Abgrenzungen und Unterscheidungsmerkmale, die Untersuchung der Verlaufsarten, der Ausgänge, der Ausbau der klinischen Symptomatologie — das alles sind Forschungsgebiete, die auch fernerhin den Anstalten und Kliniken überlassen bleiben müssen. Ebenso wird auch die Erprobung von Heilverfahren im großen und selbstverständlich das ganze Anstalts- und Fürsorgewesen nicht in den Bereich des Forschungsinstitutes fallen. Sein eigentliches Ziel wird vielmehr die w i s s e n s c h a f t l i c h e E r f o r s c h u n g d e s W e s e n s d e r G e i s t e s k r a n k h e i t e n sein müssen. Z u s e i n e r E r r e i c h u n g i s t v o r a l l e m e i n e m i t a l l e n H i l f s m i t t e l n b e t r i e b e n e U n t e r s u c h u n g d e r k ö r p e r l i c h e n G r u n d l a g e n d e s I r r s i n n s n ö t i g.

Zur Lösung der Aufgaben, die dem Forschungsinstitute zufallen würden, bedarf es zunächst einer Reihe von möglichst vollkommen ausgestatteten Laboratorien, dann sind eine größere Reihe von Arbeitsplätzen für solche Fachgenossen vorzusehen, die von den Ausbildungsmöglichkeiten des Institutes Gebrauch machen wollen.

Die L e i t u n g der Anstalt dürfte Geh. Hofrat Dr. K r a e p e l i n übernehmen; außerdem soll schon in nächster Zeit ein Gelehrter an die neue Forschungsanstalt berufen werden, der in der Stellung eines Honorarprofessors sich ausschließlich der Forschung zu widmen hat; für die fünf Abteilungen werden ebenfalls eigene Vor-

stände ernannt werden. Sollte sich die Schaffung einer selbständigen Forschungsanstalt in nicht zu ferner Zeit ermöglichen lassen, so besteht der Plan, die Anstalt in der Umgebung des Schwabinger Krankenhauses zu errichten und sie mit einer eigenen Irrenanstalt zu verbinden. Möge der hochherzige Wohltätigkeitssinn, der das große Unternehmen ins Leben gerufen hat, diesem auch ferner treu zur Seite stehen!

Über die Kosten des Baues und die Einrichtung hat Universitätsbauamtmann Kollmann, der die Frauenklinik gebaut hat, zu der Denkschrift genaue Berechnungen angestellt. Bei einer umbauten Gesamtfläche von 16 212 cbm würden die gesamten Bau- und Einrichtungskosten auf 13 Millionen Mark zu stehen kommen; die Kosten für die eigentliche wissenschaftliche Einrichtung dürften sich etwa auf weitere 100 000 Mark belaufen. Die Betriebskosten, sowohl in persönlicher wie sachlicher Richtung, werden auf 267 680 Mark geschätzt.

Angesichts der großen Mittel, die für den Ausbau und den Betrieb eines eigenen Institutes erforderlich sind, hat Professor Kraepelin die Frage erwogen, ob es möglich wäre, seinen Plan noch in irgendeiner Weise einzuschränken. Er macht dabei den Vorschlag, der auch vorläufig zur Ausführung gelangen soll, das neue Institut einer psychiatrischen Klinik derart anzugliedern, daß ihm die freie Benützung der dafür geeigneten Kranken zu wissenschaftlichen Untersuchungen gewährleistet wäre. Die Angliederung an die Münchner psychiatrische Klinik hat sich Kraepelin in der Weise gedacht, daß die anatomischen und psychologischen Laboratorien der Klinik, sowie die dazu gehörigen Einrichtungen mietweise dem Forschungsinstitut überlassen werden, während das Inventar käuflich erworben wird. Die Privatwohnung des Direktors der Klinik wird dem neuen Institut vermietet; die Räume werden einem Umbau unterzogen und dienen zur Aufnahme der chemischen und der bakteriologisch-serologischen Laboratorien, sowie der demographisch-genealogischen Abteilung. Tierstallungen werden neu errichtet auf dem zur Direktorwohnung gehörenden Garten. Die Kosten für Bau und Einrichtung des Institutes würden sich auf 200 000 Mark herabmindern, diejenigen für den Betrieb auf 129 500 Mark.

Allerdings darf nicht verschwiegen werden, daß der Angliederung eines Forschungsinstitutes an eine schon bestehende Klinik, so sehr sie sich durch die geringere Kostspieligkeit und die unschätzbaren nahen Beziehungen zum akademischen Leben empfiehlt, auch erhebliche Bedenken gegenüberstehen. Sie liegen in der Schwierigkeit, die Lehraufgabe der Klinik mit der Forschertätigkeit des Leiters in Einklang zu bringen.

Durch die Angliederung des Forschungsinstitutes an die psychiatrische Klinik wird das bedeutende Werk zunächst der Verwirklichung entgegengeführt, und es lassen sich Erfahrungen sammeln, die für ein größeres vollwertiges Werk nur von Nutzen sein können. Über die Art der Ausführung der Pläne soll, wie wir erfahren, im Mai eine Sitzung des Stiftungsrates in München stattfinden.

(Sollten nicht diejenigen Organe, welchen die Irrenfürsorge gesetzlich obliegt, ein Interesse haben und geneigt sein, das Institut durch regelmäßige Geldbeiträge zu unterstützen, die Provinzen — in Bayern die Kreise —, die Städte? Dr. Bresler.)

Referate.

— **Über unsere Technik und das Instrumentarium zur endolumbalen Behandlung der meningealen Syphilis.** Von W. Gärtner. Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 10.

Es wird sehr eingehend beschrieben: Desinfektion des Instrumentariums (von der Firma Aßmann in Kiel, enthaltend in einem Holzkasten zwei Lumbalpunktionsnadeln nach Quincke, zwei Büretten mit einer Gradeinteilung bis zu 120 ccm — es können aber gut 180 ccm in die Bürette aufgenommen werden —, zwei Bürettendeckel, zwei etwa 60 cm lange Bürettenschläuche mit Ansatzkonus für die Nadeln, zwei Gläser zum Ansetzen des Salvarsans und zwei Pipetten zum Abmessen der Salvarsandosierung; alle Glasteile aus Jenaer Glas), Zubereitung der Salvarsanlösung, Vorbereitung des Patienten, Ausführung der Behandlung, Transport und Lagerung des Patienten, Salvarsandosierung, Liquoruntersuchung.

Instrumentarium und Technik haben sich in der geschilderten Weise in vier Jahren bei mehr als **3000** Fällen endolumbaler Salvarsanbehandlung am zweckmäßigsten herausgestellt, welche in erster Linie bei der Verhütung der Spätfolgen der Syphilis am Zentralnervensystem, dann auch bei Beseitigung klinischer Ausfallserscheinungen in Betracht kommt. Bei letzteren führt sie allerdings, mit Ausnahme der Lues cerebri, gewöhnlich nur zu symptomatischem Erfolg. Verf. hält es gleichwohl „für berechtigt, sie bei der Metasyphilis, und zwar besonders in den Anfangsstadien, ausgiebig zur Anwendung zu bringen, weil sie es ermöglicht, den Kranken einen großen Teil ihrer Beschwerden zu nehmen, sehr weitgehende klinische Besserungen zu erzielen und einen rapiden Fortschritt des Leidens (bei Paralyse) aufzuhalten."

Wegen der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Bresler.

— **Besteht zwischen einem katatonischen Stupor und Erregungszustand einerseits und einer Depression, vielmehr depressivem Stupor und einer Manie andererseits ein grundsätzlicher Unterschied, und worin besteht dieser?** Von Wilhelm Stöcker. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1916 Bd. 32 H. 1.

Unter kritischen Erörterungen und unter Gegenüberstellung der Schilderungen obiger Zustände in Kraepelins Lehrbuch gelangt Stöcker zu folgender Auffassung:

Eine katatonische Erregung ist wesensgleich einer Manie und ein katatoner Stupor gleich einem depressiven Stupor. Die Unterschiede des klinischen Bildes sind nicht in dem Zustandsbild selbst, das sich vollständig gleicht, zu suchen, sondern in der von der akuten Psychose unabhängigen psychischen Eigenart der erkrankten Persönlichkeit. Wir haben es bei manisch-depres-



siven Erkrankungen, abgesehen von den Affektschwankungen, mit Persönlichkeiten zu tun, die unserem Denken, Fühlen und Handeln in ihrem Denken, Fühlen und Handeln nahestehen, bei der Dementia praecox mit einem fortschreitenden Krankheitsprozeß, der zu charakteristischem Verfall der geistigen Persönlichkeit führt, dessen Eigenart Bleuler mit dem treffenden Ausdruck „Schizophrenie" gekennzeichnet hat, während Kraepelin diese eigenartigen Störungen als „Allgemeines psychisches Krankheitsbild der Dementia praecox" geschildert. Es handelt sich hierbei um die beschränkte Zahl von Grundstörungen durch die eine uns fremde Persoönlichkeit geschaffen wird, deren Tun und Lassen uns fremd und unverständlich erscheint.

Kraepelin selbst greift immer wieder auf diese Grundstörungen als einziges differentialdiagnostisches Merkmal zwischen manisch-depressivem Irresein und Katatonie zurück: intrapsychische Ataxie, Negativismus, stuporöse Zustände.

Die von Kraepelin angeführten differentialdiagnostischen Merkmale lassen sich alle zwanglos erklären aus der psychischen Eigenart der Grundpersönlichkeit heraus.

Die Unterschiede in der Häufigkeit der Halluzinationen und Wahnvorstellungen, ebenso wie in deren Auftreten und Charakter bei manisch-depressivem Irresein und bei Dementia praecox, haben ihre Grundursache in der Verschiedenheit der erkrankten Persönlichkeit, sind im übrigen aber durchaus gleicher Entstehung.

Die psychischen Störungen, die die Eigenart der Persönlichkeit der Dementia-praecox-Kranken bedingen, sind nicht die Folgezustände der akut-psychotischen Bilder, sondern stellen lediglich das schon früher vorhandene psychische Substrat dar, auf dem sich diese akuten Psychosen etablieren, lediglich als Episoden, ohne wesentlichen Einfluß auf den weiteren Verlauf derselben. Dieselben Störungen können sich auch ohne akute Bilder langsam und schleichend als einfacher hebephrener Schwachsinn und die ihm verwandte Modifikation der läppischen und der depressiven Verblödung entwickeln. Damit ist der sicherste Beweis geliefert, daß eine Unabhängigkeit besteht in der Richtung, daß diese Störungen eine selbständige, unabhängige Stellung gegenüber den akuten Zustandsbildern einnehmen. Umgekehrt läßt sich aber der Beweis keineswegs führen, daß im Falle einer katatonen Verblödung diese Störungen die Folge der akuten Psychose seien.

Diese Zustandsbilder, die wir als katatonische bezeichnen, stellen gar nichts Besonderes dar, sind vielmehr vollständig identisch den entsprechenden Bildern des manisch-depressiven Irreseins, von denen sie nur eine gewisse Modifikation darstellen, die bewirkt wird durch die psychische Eigenart der erkrankten Persönlichkeit. Es handelt sich also bei Manie und katatonischer Erregung einerseits, katatonen und depressivem Stupor andererseits um genau dieselben Zustandsbilder; nur die erkrankte Grundpersönlichkeit ist verschieden und übt einen dementsprechenden Einfluß auf die Gestaltung der an und für sich identischen Bilder aus, einen Einfluß, durch den das Gepräge so verändert werden kann, daß der Eindruck der Wesensgleichheit dem Beobachter verloren geht.

Den akuten Psychosen kommt in der Psychiatrie keine hohe Bedeutung zu, sondern nur der darunter steckenden Grundpersönlichkeit. Die Erforschung der akuten Zustandsbilder ist nicht so wichtig wie die der erkrankenden Persönlichkeiten, die den Zustandsbildern ein eigenartiges Gepräge geben.

Auf dem Boden des schizophrenen Schwachsinns können sich dauernde Stimmungsanomalien ausbilden, ganz ähnlich wie im manisch-depressiven Irresein, entsprechend der „manischen Veranlagung" die „läppische Verblödung" und entsprechend der „depressiven Veranlagung" die „depressive Verblödung".

Daß sich bestimmte Reste der akuten Zeit in die Endzustände hinein erhalten, wird zurückgeführt auf eine durch die Abstumpfung der psychischen Leistungen bedingte größere Beharrlichkeit der Symptome.

Dieser Einfluß, den die Grundpersönlichkeit auf die klinische Gestaltung des katatonen Stupor- und Erregungszustandes ausübt, gilt ebenso für alle anderen Zustandsbilder der Dementia praecox; für die paranoiden Formen, für die seltneren Dämmerzustände, Delirien usw.

Das vom manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox Gesagte gilt auch für die übrigen Formen des Irreseins, für Paralyse, Arteriosklerose und seniles Irresein ebenso wie für Epilepsie und Hysterie. Die akuten, auch die chronischen eigentlichen psychotischen Zustandsbilder sind die gleichen für alle Psychosen; nur die Färbung, die die jeweilige Grundpersönlichkeit gibt, ist verschieden und bedingt die oft so sinnfälligen Verschiedenheiten der sonst gleichen Zustandsbilder. So unterscheidet sich eine paralytische Erregung nur dadurch von einer manischen Erregung, daß sie eben deutlich den Stempel des paralytischen Schwachsinns in ihren unsinnigen, kritiklosen Größenideen usw. erkennen läßt, abgesehen natürlich von den körperlichen Zeichen der Paralyse. B.

— **Aus den Ergebnissen der neuesten Alkoholforschung.** (Aus „Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse". Im Auftrage des Vorstandes des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereines abst. Ärzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad, Böhmen.)

Neue Untersuchungen über die Wirkungen kleiner Alkoholmengen auf die Nerven- und Muskeltätigkeit. Es liegen vorläufige Mitteilungen über Untersuchungen vor, die am Nutrition Laboratory in Boston, einer Zweiganstalt des Carnegie-Institutes in Washington, unter Leitung von Francis D. Benedict und Raymond Dodge ausgeführt wurden. Sie erstrecken sich auf einfache und zusammengesetztere Nerven- und Muskeltätigkeiten. Geprüft wurde der Patellarsehnenreflex und der Schutzlidreflex; dabei wurden der Zeitraum zwischen Reiz und Reflex, die bei der reflektorischen Bewegung angewendete Kraft und die Dauer der reflektorischen Zusammenziehung gemessen. Ferner wurden folgende zusammengesetzte Vorgänge gewählt: 1. Augenbewegungen als



Reaktion auf plötzlich erscheinende Reize; 2. gesprochene Antworten auf sichtbar vorgezeigte Worte; 3. freie Assoziationen. Ferner wurden untersucht: Das Beharrungsvermögen geistiger Eindrücke, abteilungsweises Auswendiglernen von Wortreihen, Empfindlichkeit gegen elektrische und magnetische Ströme; Schnelligkeit und Genauigkeit der Augenbewegungen, sowie wechselweise Innervation der Antagonisten am Mittelfinger wurden zur Messung der motorischen Koordination benützt.

Es gab zwei Gruppen von Versuchspersonen: Institutshörer, die sehr mäßige Alkoholverbraucher waren, und poliklinische Kranke der psychiatrischen Klinik in Boston, die schon Delirium tremens gehabt hatten.

Die verwendeten Alkoholmengen waren 30 bezw. 40 ccm absoluter Alkohol; zu einer bestimmten Probe wurden 12 ccm absoluter Alkohol in Zwischenräumen wiederholt gereicht.

Die größten prozentuellen Wirkungen des Alkohols wurden bei den Reflexen festgestellt. Beim Kniesehnenreflex wurde die Reflexzeit um 10% verlängert; die Kraft der Zusammenziehung des Muskels wurde um 40% vermindert. Beim Augenlidschutzreflex wurde die Reflexzeit um 7% verlängert, die Größe der Lidbewegung um 19% vermindert. Die Reaktionszeit bei den Augenbewegungen wurde um 5% verlängert, die der sprachlichen Reaktionen um 3%, Gedächtnis und freie Assoziationen wurden nur wenig beeinflußt. Die Empfindlichkeit gegen faradische Reizung war um 14% herabgesetzt. Die Zahl der Fingerbewegungen nahm um 9% ab, die der Augenbewegungen um 14%.

Gleichzeitig mit der Muskeltätigkeit wurde die Pulszahl während der Untersuchung beobachtet; unter allen Versuchsbedingungen brachte der Alkohol eine relative Beschleunigung des Pulses hervor; diese relative Beschleunigung betrug durchschnittlich 3%; wenn diese Wirkung auch klein ist, so trat sie doch so regelmäßig bei einer sehr großen Zahl von Messungen auf und entsprach so genau der Höhe der Dosis, daß sie einen hohen Grad von Sicherheit beanspruchen kann.

Die genaue Untersuchung der Pulskurven zeigte, daß die Pulsverlangsamung hauptsächlich, aber nicht ausschließlich durch herabgesetzte Tätigkeit der hemmenden (Vagus) Fasern hervorgerufen wird.

Pulsbeschleunigung und neuromuskuläre Herabsetzung zusammen ergeben das Bild einer Erschwerung der Nerven- und Muskelarbeit durch den Alkohol. Auch schon in den einfachsten Formen wird der motorische Akt niemals erleichtert, sondern stets verlangsamt und verschlechtert. Die Leistungsfähigkeit des Herzens gegenüber den bei der Arbeit gestellten Anforderungen wird durch den Alkohol herabgesetzt.

Die Frage, ob die lähmende Wirkung auf die neuromuskulären Tätigkeiten nicht vielleicht als eine Art von Erholung und Schonung betrachtet werden könne, beantworten Benedict und Dodge dahin, daß dies unbedingt ausgeschlossen werden müsse. Als Angriffsort des Alkohols seien hauptsächlich die Koordinationszentren zu betrachten.

Das Ergebnis der Versuche fassen die beiden Forscher in folgende Worte zusammen: „Herabgesetzte Reizbarkeit bei einer Reihe von neuromuskulären Vorgängen und relative Pulsbeschleunigung sind eindeutige Beweise verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit als Wirkung mäßiger Alkoholmengen. (Scientific Temperance Journal 1916, January.)

Alkoholversuche in der Schule. Am Gymnasium zu Mühlhausen in Thüringen hat Oberlehrer F. Bindemann lehrreiche Versuche angestellt, die neuerdings die schädigende Wirkung kleiner Alkoholmengen auf geistige Arbeiten beweisen. Der Zweck der Versuche war, den Schülern durch eigene Beobachtung die Überzeugung beizubringen, daß sie sich durch den Genuß geistiger Getränke selbst schädigen, also damit eine Torheit begehen.

Die Versuche wurden so angestellt, daß 25 Schülern der Prima des Gymnasiums ziemlich schwierige mathematische Aufgaben gestellt wurden, und zwar jedem fünf. Der Vorversuch, der ganz den Eindruck einer gewöhnlichen Klassenarbeit machte, so daß keiner der Schüler ahnen konnte, es handle sich um einen Versuch, wurde an einem Nachmittage angestellt; alle nahmen die Arbeit gleichzeitig in Angriff, bei der Abgabe jedes Schriftstücks wurde die Zeit vermerkt. Einige Tage später wurde zur selben Stunde und unter möglichst gleichartigen Umständen der Hauptversuch angestellt. Von den 25 Schülern tranken nach völlig freier Wahl 11 je zwei Gläser Bier zu 0,3 Liter, 5 andere je drei zu 0,3 Liter, die letzten 5 je vier zu 0,3 Liter. Die übrigen 4 tranken kein Bier und dienten als Vergleichspersonen dazu, die Zunahme der Arbeitsleistung durch die vom ersten zum zweiten Tage fortschreitende Übung zahlenmäßig festzustellen. Für die meisten lag zwischen dem Anfang des Versuches und dem Rechnen noch ein Zwischenraum von etwa einer halben Stunde.

Die so in zwei Versuchsreihen entstandenen 2×5×25 Lösungen wurden nun sorgfältig durchgesehen, um die Fehler zu ermitteln. Sie sind in folgender Tafel zusammengestellt:

	1. Gruppe kein Bier	2. Gruppe 0,6 l Bier	3. Gruppe 0,9 l Bier	4. Gruppe 1,2 l Bier
Ohne Alkohol:				
Fehler	13,3	12,2	12,2	12,0
Mittlere Abweichung	3,8	4,9	4,6	4,4
Zeit in Minuten	60,0	70,7	64,4	55,8
Mit Alkohol:				
Fehler	8,3	14,6	16,8	15,4
Mittlere Abweichung	3,3	4,8	3,4	5,0
Zeit in Minuten	51,5	55,7	48,6	45,4
Unterschied in Prozenten:				
Fehler	—38	+20	+38	—28
Zeit	—14,2	—21,2	—24,5	—18,6

Es zeigt sich, daß die Fehlerzahl bei den Vergleichspersonen infolge der Übung beim Hauptversuche um 38%

gesunken ist. Hingegen haben die drei Gruppen mit Alkoholeinnahme ausnahmslos schlechter gerechnet, der Genuß von 0,6 Liter Bier hatte den kleinsten Einfluß, die Fehlerzahl stieg um 20%, nach drei Glas Bier war sie um 38, nach vier um 28% gestiegen; es war also nicht nur die Wirkung der Übungszunahme aufgehoben, die Leistung war sogar wesentlich schlechter als beim Hauptversuche. Daß die Wirkung der vier Glas anscheinend kleiner ist als die von dreien, rührt daher, daß sich in der letzten Gruppe zwei Schüler befanden, die beim Hauptversuche um 38 bezw. 33% weniger Fehler machten als beim Vorversuche, also fast genau wie die Versuchspersonen; bei ihnen hat der Alkohol also keine Schädigung hervorgerufen, es müssen bei ihnen besondere, nicht klar gestellte Umstände mitgewirkt haben. Bei allen anderen Schülern ohne Ausnahme aller alkoholgenießenden Gruppen hat sich Fehlerzunahme gezeigt, sehr erhebliche Verschlechterung der Rechenleistungen schon nach sehr geringem Alkoholverbrauche ist also deutlich bewiesen.

Alle Gruppen haben im Hauptversuche, jedenfalls infolge der Übung, schneller gerechnet als beim Vorversuche; die Gruppen mit Alkohol aber noch bedeutend schneller als die Vergleichspersonen; der Unterschied ist nicht sehr groß, aber ausnahmslos, er ist also sicher auf Rechnung des Biertrinkens zu setzen. Das schlechtere Rechnen ist auch zugleich das schnellere; diese Tatsache steht im Zusammenhange mit der typischen Wirkung des Alkohols, die Kritikfähigkeit herabzusetzen, die Arbeit leichter erscheinen zu lassen und darum mit einem gewissen Leichtsinn schneller fertig werden zu wollen.

Die Versuche wurden mit großer Umsicht und Beachtung aller psychologischen und methodischen Vorsichtsmaßregeln durchgeführt; sie bilden daher ein neues und sehr gewichtiges Glied in der Kette jener Beweise, die für die geistige Arbeit sehr ausgiebig verschlechternde Wirkung geringer Alkoholmengen schon besitzen. (Beilage zum Jahresberichte des Gymnasiums zu Mühlhausen in Thüringen. Ostern 1914.)

— **Über den heutigen Stand der Liquordiagnostik.** Von V. Kafka. Münch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 4.

1. Die Zählung der Liquorzellen. Der Zellgehalt der Spinalflüssigkeit ist sehr variabel, die Reaktion selbst von Fehlerquellen umgeben wie keine andere. Die einzelnen Portionen des Liquors weisen oft verschiedene Zellzahlen auf. Man soll möglichst die ersten Liquortropfen zur Zählung verwenden. Die Liquorzellen sind sehr labile Elemente und gehen oft rasch zugrunde. Die Zellen sind daher sofort nach ihrem Auftreten aus dem Körper zu fixieren (Kammerzählung, Fuchs-Rosenthalsche Zählkammer, mit Essigsäure-Methylviolettlösung.) Man sollte nicht die Zahl 5 als Grenzwert zwischen positiver und negativer Reaktion, sondern die Zahl der gezählten Zellen selbst angeben. Zählung im gefärbten Trockenapparat ist in praktisch wichtigen Fällen nicht anzuwenden, da die Fehlerquellen zu zahlreich sind, andererseits eine einheitliche, von allen Autoren angewendete Methode bisher nicht existiert. Der durch unsere Methoden nachweisbare Zellgehalt der Spinalflüssigkeit ist fast nie konstant.

2. Die Globulinbestimmungsmethoden. Nonnes Phase-I-Methode. Bezüglich der quantitativen Seite der Reaktion ist ein sehr ins Gewicht fallender subjektiver Faktor vorhanden. Die Niederschläge der bei 50% Ammoniumsulfatkonzentration gefällten Liquorglobuline werden in Nißlröhrchen zentrifugiert. Qualitativ: Gleich starke Niederschläge der Phase-I-Reaktion sind in bezug auf den Gehalt an verschiedenen Globulinen nicht eindeutig. Die positive Phase-I-Reaktion gebenden Eiweißkörper der Paralytikerspinalflüssigkeit bestehen aus Globulinen, deren Fällbarkeit bei einer ungefähr 33 prozentigen Ammoniumsulfatkonzentration beginnt, die bei akuten Meningitiden mit Phase I angezeigten Eiweißstoffe beginnen schon bei 28 prozentiger Ammoniumsulfatkonzentration gefällt zu werden, bei chronischer Lues cerebri erst bei 40 prozentiger Ammoniumsulfatkonzentration; die durch die Phase I angezeigte Gesamtfällung der Globuline kann die gleiche, ja in manchen Fällen bei der akuten Meningitis sogar schwächer als bei der Paralyse sein. Das heißt Fibrinogen und Fibrinoglobulin (bei 28 proz. Ammoniumsulffatkonzentration fällbare Globuline) finden sich nur bei der akuten Meningitis (tuberkulöse, eitrige, luische, Herxheimersche Reaktion der Meningen), Euglobuline (bei 33 proz. Ammoniumsulfatkonzentration gefällte Globuline) nur bei Paralyse, Pseudoglobuline (bei 40 proz. Ammoniumsulfatkonzentration gefällte Globuline) nur bei chronischer Lues cerebri. Auch für diese Bestimmung wurde die Zentrifugierung im Nißlröhrchen eingeführt. Bei der akuten Meningitis ist Kontrolle mit destilliertem Wasser einzusetzen und zu zentrifugieren, damit nicht ein etwaiger Zellklumpen als Niederschlag angesehen wird, oder die Reaktionen sind mit zellfreiem, zentrifugierten Liquor anzustellen.

3. Die Gesamteiweißbestimmung ist für praktische Zwecke mehr in den Hintergrund gerückt, da nicht selten die diagnostisch bedeutungsvolle Globulinvermehrung ohne Gesamteiweißvermehrung auftritt, das Umgekehrte aber fast niemals der Fall ist und es vorkommen kann, daß eine Gesamteiweißvermehrung ohne erkennbare Ursache vorhanden ist. Besonders für die Paralyse ist charakteristisch, daß die bis zu 50% Ammonium-sufuricum-Konzentration fällbaren Globuline den Hauptteil, fast die Hälfte der überhaupt vorhandenen Eiweißstoffe darstellen.

4. Wassermann-Reaktion im Liquor. Hier gestalten sich die Angaben über Technik und Resultate am einheitlichsten. Da allgemein die Hauptmannsche Auswertungsmethode angenommen ist, ist unbedingt notwendig, daß die Menge angegeben wird, bei welcher sich positive Reaktion zeigt. Es empfiehlt sich Prozentbezeichnung, z. B. W.-R. bei 50% +++.

5. Die Hämolysinreaktion. Gerade bei dieser Reaktion ist eine einwandsfreie Technik wichtig. Kafka geht auf die einzelnen Punkte näher ein.

Ein enger Parallelismus zwischen Pleocytose und W.-R. besteht nicht.

Alle möglichen Zellarten können eine ähnliche Titererhöhung hervorrufen, wie die Lymphozyten des Para-



lytikerliquors, damit fällt v. Wassermanns und C. Langes Ansicht bezüglich der Entstehung der W.-R. im Liquor.

Die verschiedenen Liquorreaktionen sind nicht einander gleichzustellen. Die Liquorzelle steht unter ganz anderen Bedingungen als das Liquoreiweiß, nicht nur was ihre Entstehung, sondern auch was ihre Nachweisbarkeit betrifft. Die Hämolysinreaktion ist eine reine Permeabilitätsreaktion.

Man glaube nicht, eine Reaktion durch die andere ersetzen zu können, sondern nehme möglichst viel Reaktionen vor. Die schwere Herstellung der Goldsollösung und die große Subjektivität in der Farbenabfassung, die nicht kontrollierbare Inkonstanz im Auftreten der Kurven, haben gelehrt, auf den Ausschlag der Goldsolreaktion nur dann Wert zu legen, wenn die anderen Liquorreaktionen nach der gleichen Richtung deuten, keinesfalls aber aus der Goldsolreaktion allein Schlüsse zu ziehen.

Die Liquoruntersuchung soll sich heute wie folgt gestalten, damit vorerwähnten Bedingungen Genüge getan, aber auch ohne großen Liquorverbrauch für die Lösung theoretischer Fragen Material gesammelt wird.

Man brauche zur

	Minimum ccm Kapillarpipette	Maximum ccm Melangeur
Zellzählung	0,2	0,4
Globulinbestimmung (Phase I, 28—33 Proz.)	1,5	3,0
Hämolysinreaktion, W.-R.	5,0	10,0
Gesamteiweiß	0,5 (Brandberg)	2,0 (Nissl)
Pandy	0,04	0,04
	7,24	15,44

Bresler.

— **Bemerkungen über traumatische Neurosen, Neurasthenie und Hysterie.** Von Prof. Friedr. Schultze (Bonn). Neurol. Zentralbl. 1916 Nr. 15.

Der Einengung des Gesichtsfeldes wird schon seit langem nicht mehr ein besonderer Wert beigelegt. Man muß der Annahme eines sogen. röhrenförmigen Gesichtsfeldes sehr zweifelnd gegenüberstehen. Hitzig erachtete es geradezu als Beweis für Simulation, wenn jemand „sein angeblich kleines Gesichtsfeld auf größere Entfernung und nur sehr wenig größer projiziert". Schultze ist von der Richtigkeit der verschiedenen Versuche, das Zustandekommen eines derartigen röhrenförmigen Gesichtsfeldes von gewissen theoretischen Vorstellungen über das Wesen der Hysterie aus zu erklären, nicht überzeugt. Die einfache, durch funktionelle Schwächezustände herbeigeführte Einengung des Gesichtsfeldes hängt aber nicht nur von hysterischen Zuständen ab, sondern kommt auch sonst vor, sie ist erst recht nicht für traumatisch bedingte Neurosen charakteristisch.

Zur Simulation und bewußten Übertreibung bemerkt Schultze: „Die große Schwierigkeit der Unterscheidung besteht hauptsächlich bei den vielen leichten Unfällen in der Friedenspraxis. Und gegenüber diesen, wie aber auch in manchen anscheinend schweren, muß doch immer wieder auf die praktische Psychologie des gewöhnlichen Lebens hingewiesen werden, die über den theoretischen psychologischen Untersuchungen über die Hysterie nicht ganz vergessen werden darf. Diese praktische Psychologie lehrt doch wahrlich besonders auch in diesem Kriege, wie traurig verbreitet auch im deutschen Volke diejenigen „Begehrungsvorstellungen" sind, die wir gemeinhin als Habsucht und Wuchergeist bezeichnen. Und solche Menschen sollten nicht, wenn ihnen eine Rente oder ein Kapital winkt, imstande sein, z. B. die bekannten Zwillingssymptome Kopfweh und Schwindel anzugeben, wenn sie einmal einen mäßigen oder leichten Stoß gegen den Kopf bekommen haben? Sie sollten nicht, wenn sie einmal etwas Rückenweh oder auch stärkere traumatische Ischias gehabt haben, diese Klagen auch beibehalten können, wenn die Schmerzen längst geschwunden sind? Da soll stets eine Hysterie im Spiele sein, die bis vor wenigen Dezennien noch kaum von den erfahrensten Ärzten bei deutschen Männern gefunden wurde?"

Zur Hysterie: „Über alle Maßen beliebt wurde allmählich die Bezeichnung Hysterie. Sie wird bei manchen Autoren fast identisch mit der gewöhnlichen einfachen nervösen Überempfindlichkeit, mit der Nervosität. Wenn ein gewaltiger Kraftmensch bei ganz gewaltigen Gemütserschütterungen einmal einen Weinkrampf bekommt, so ist das hysterisch, obwohl man es kaum überhaupt als pathologisch bezeichnen kann. Denn es kann sehr wohl als eine vollkommen adäquate Reaktion auf die gewaltige Erregung angesehen werden. Eines Riesen riesiger Zorn schlägt anders um sich als eines Schwächlings kraftloses Fäustchen, und eine gewaltige Gemütsbewegung tobt sich bei ihm auch einmal im Weinen stärker aus als gewöhnlich. — Besonders üblich ist es auch geworden, von Rentenhysterie zu sprechen, wo oft genug Rechthaberei, Querulantentum oder durch Gemütsbewegungen erzeugte einfache Nervosität oder Neurasthenie eine Rolle spielen.

Dieses Verwaschenwerden des Wortes Hysterie ist um so beklagenswerter, als es ohnehin keine feste Begriffsbestimmung dieser Neurose gibt, und als dem Worte nun einmal ein für viele Kranke äußerst unangenehmer Beigeschmack beiwohnt."

Das sogenannte blaue hysterische Ödem Charcots und das hysterische Fieber anerkennt Schultze nicht, immerhin könne es durch seelische Erregungen zu leichten Temperatursteigerungen kommen.

Von manchen werde umgekehrt der Begriff der Neurasthenie in übermäßiger Weise eingeengt.

Schultze meint, man kann nach wie vor bei leichteren nervösen Schwächezuständen, die sich ja in der Regel mit gesteigerter Reizbarkeit verbinden, von einfacher Nervosität oder geringer Neurasthenie sprechen, bei stärkeren Schwächezuständen, die seiner Meinung nach



auch sehr wohl nach einmaligen stärkeren Traumen auftreten können, von Neurasthenie im allgemeinen, und bei solchen, die mehr die seelischen und geistigen Funktionen betreffen, von Psychasthenie sprechen. Sind erschöpfende Einflüsse die Ursache, wie besonders oft jetzt im Kriege die körperlichen Strapazen, langdauernde Schlaflosigkeit und die verschiedenartigsten Gemütsbewegungen, so stehe nichts im Wege, von nervösen Erschöpfungszuständen zu reden.

Von besonderer Bedeutung scheint ihm aber die Unterscheidung von sekundärer und primärer Neurasthenie, in dem Sinne, daß die durch körperliche Krankheitszustände bedingten und hervorgerufenen Zustände von reizbarer Nervenschwäche sekundäre Neurasthenie genannt werden, die ohne diese Ursachen entstandene primäre. Derjenige ist der bessere Diagnostiker, der die Diagnose auf primäre, reine Neurasthenie am seltensten stellt. „Erst müssen alle körperlichen Erkrankungen, die möglicherweise in Frage kommen, mit allen unseren Hilfsmitteln ausgeschlossen werden, ebenso selbstverständlich alle organischen Erkrankungen des Nervensystems selbst, wobei denn freilich auch umgekehrt mancherlei Störungen besonders der Funktionen des Intestinaltraktus und des Herzens durch seelische Störungen entstehen und sie begleiten können. Aber nun alle neurasthenischen Störungen als psychogen entstandene aufzufassen, wie es von manchen geschieht, geht viel zu weit."

Mit Oppenheim hält Schultze es für zu weitgehend, alle nicht auf nachweisbar organische Störungen zurückzuführenden funktionellen Reiz- und Ausfallserscheinungen ohne weiteres für psychogen zu erklären.

Denn es müsse doch z. B. nach Kommotionen alle möglichen Übergänge zwischen schwereren und leichteren, gerade noch mit unseren heutigen anatomischen Untersuchungsmethoden nachweisbaren Veränderungen bis zu nicht mehr nachweisbaren rein physikalischen und chemischen Veränderungen in den betroffenen Nervenapparaten geben. Dabei brauche die Seele nicht stets primär im Spiele zu sein, wenn sie auch sekundär beteiligt werden kann und wenn sich auch hypochon-



drische, depressive, hysterische Veränderungen anschließen können.

Freilich erscheine der Knäuel von rein mechanogen und psychogen, somatisch und nichtsomatisch entstandenen primären und sekundären nervösen Symptomen in manchen Fällen schwer oder gar nicht entwirrbar, und erst lange Beobachtung, die Feststellung der Art der Einwirkung verschiedener auf die Seele einwirkender Untersuchungs- und Heilmethoden, von Rente, Kapitalsabfindung oder auch Dienstbefreiung könne vielfach zu endgültigen Diagnosen führen.

Die Akinesia amnestica Oppenheims rechnet Schultze zur Hysterie.

Bei einer traumatischen Reflexlähmung solle man einfach von funktioneller Lähmung sprechen. Denn der Name Reflexlähmung enthalte eine noch nicht bewiesene Hypothese, die man in eine Benennung lieber nicht hineinnimmt.

In bezug auf die Ablehnung einer besonderen spezifischen Krankheitsform, genannt „traumatische Neurose", beharrt Schultze auf seinen früheren Anschauungen.

Es erscheine zweckmäßig, das Wort „traumatisch" in seine verschiedenen Unterarten zu zerlegen und, wie es vielfach geschieht, von Schreckneurosen, von Kommotionsneurosen, oder von Erschöpfungsneurosen usw. zu sprechen.

B.

Personalnachrichten.

— **Eglfing.** Dem Obermedizinalrat, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing, Dr. F. Vocke wurde

der Verdienstorden vom hl. Michael 3. Kl. verliehen, den Oberärzten an derselben Anstalt Dr. W. Korte und Dr. F. Sendtner derselbe Orden 4. Kl.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Kalle & Co., Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh. betr. „Dormiol"** bei, welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben, i. Schl. Die wissenschenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Neunzehnter Jahrgang. Nr. 5/6. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 5/6. 28. April **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

A. Chirurgischer Teil.[1])

Nach Tilmann (Schädelschüsse, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 96 H. 4) kommt Blutung bei Schädelschüssen nicht häufig vor. Die aufgerollte Intima führt durch Blutgerinnsel zum Verschluß. Auch sekundäre Hämatome sind selten.

Am meisten gefährdet ist das Gehirn durch Infektion, eitrige Meningitis oder Enzephalitis, aber auch nicht viel weniger durch nicht septische Enzephalitis als reaktive Entzündung des Hirns auf Fremdkörper und Quetschung. Eine neue Infektion muß unter allen Umständen vermieden, die Fremdkörper nach Möglichkeit entfernt werden. Vor operativem Eingreifen ist daher in jedem Fall die Notwendigkeit der primären Entfernung eventueller Fremdkörper und die Gefahr einer neuen Infektion gegeneinander abzuwägen.

Schädelschüsse dürfen nur dann operiert werden, wenn die aseptische Wundbehandlung garantiert ist. Hirn und Hirnhäute sind äußerst empfänglich für Infektion und empfindlich gegen Desinfizientien.

Tilmann fand bei drei tödlich verlaufenen obduzierten Fällen mit glatter Heilung am Einschuß wie am Ausschuß, daß die Infektion in der Mitte des Schußkanals saß, der der Behandlung gar nicht zugänglich ist. Dagegen sah er 18 schwere Durchschüsse ohne irgend einen Eingriff ausheilen.

Das Vorhandensein eines Schädelschusses erfordert nicht ohne weiteres einen Eingriff. Es bedarf dazu besonderer Indikationsstellung. Schwere arterielle Blutungen erfordern ausgedehnte Freilegung, Aufsuchung der Quelle der Blutung, Arterien-Umstechung, Sinus-Tamponade.

Bei Tangentialschüssen, Segment-, Prell- und Rinnenschüssen kann Operation notwendig sein wegen Einsprengung von Knochensplittern, die sich sonst später unter Eiterung ausstoßen oder eine reaktive Enzephalitis hervorrufen.

Bei allen schrägen Einschüssen auf der Schädelhöhe, denen ein 2 bis 10 cm entfernter Ausschuß entsprach, verband Tilmann die Löcher durch einen Schnitt, entfernte Splitter und Hirnbrei, löste vom Knochen das Periost, erweiterte den Knochendefekt — wenn nötig — so weit mit der Knabberzange, daß er mit einem Finger in den Schädel eingehen konnte, tastete die oft im Hirn vorhandene Höhle mit dem Finger ab und beseitigte alle Knochen- oder Geschoßteilchen mit der Kornzange.

Mit der Sonde kann man den Unterschied in der Konsistenz zwischen Blutgerinnsel und Hirnsubstanz nicht feststellen und fährt leicht in das gesunde Hirn heinein.

Die Verletzung des Ventrikels braucht nicht direkt tödlich zu sein. In einem Falle stand die Liquorfistel von selbst.

Nach Entfernung des letzten Splitters aus dem Hirn folgte auf einmal das zurückliegende Hirn, die Wundhöhle verkleinerte sich, so daß man an dem Folgen des Gehirns zur Ausfüllung der vorher vorhandenen Wundhöhle erkennen kann, ob der letzte Fremdkörper entfernt ist.

[1]) Für spätere Beurteilung und Begutachtung ist Kenntnis des chirurgischen Geschehens auf diesem Gebiete, wenn auch nur die theoretische, unbedingt erforderlich, weshalb Bericht hierüber vorausgeschickt wird.



Statt Hirntamponade wurde lediglich ein Gazetampon flach auf den Knochen unter die nach außen umgeklappten Hautränder gelegt, der acht Tage liegen blieb. Auch von einer Hautnaht rät Tilmann unter Umständen ab, da dieselbe fast stets wieder geöffnet werden mußte.

Prellschüsse und die wirklichen Tangentialschüsse, bei denen die Dura nicht eröffnet ist, verursachen oft stärkere Allgemeinerscheinungen als die wirklichen Segmentschüsse mit Durchtrennung der Dura, so bei Läsionen der Zentralfurche Lähmungen, ohne daß Blutungen im Schädelinnern vorhanden sind. Die beim Prellschuß eingedellte Knochenplatte oder die seitwärts geschleuderten Knochensplitter quetschen die Hirnrinde. Die Lähmung zeigt große Hartnäckigkeit.

Steckschüsse rührt man nur dann an, wenn durch Röntgenapparat der Sitz der Kugel festgestellt ist. Man kann den Schußkanal nicht sondieren. Die Exstirpation ist ein relativ kleiner Eingriff.

Eine selbst glatt eingeheilte Kugel führt stets zu einer Enzephalitis, meist mit Zystenbildung.

Die Operationen können beim bewußtlosen Verwundeten ohne jedes Narkotikum oder unter Novokainanästhesie mit Umspritzung des Operationsgebietes ausgeführt werden, bei aufgeregten und besonders sensiblen Verletzten unter Chloroformnarkose.

Lähmungserscheinungen gingen bei Durchschüssen durch das Hirn ohne irgendeinen Eingriff zurück. Hemianopsie bei Verletzung des Hinterhaupthirns nach Entfernung der Knochensplitter.

Bei Meningitis oder meningealer Reizung ist durch Lumbalpunktion zu entlasten und festzustellen, ob und welche Art Meningitis vorliegt, und die Lumbalpunktion so oft zu wiederholen, wie der Verletzte Kopfschmerzen bekommt. Tilmann läßt soviel auslaufen, wie im Liegen spontan ausfließt, ohne zu saugen. Zur Unterstützung dieser Durchspülung empfiehlt er die Halsstauung nach Bier.

Bei Durchschüssen sind beide Öffnungen wegen etwaiger Eiterung zu revidieren, eventuell die Öffnung in Haut und Knochen zu erweitern, nekrotische Knochensplitter zu entfernen, die Wunde zu tamponieren. Ist Ein- und Ausschuß frei von Eiterung, so bedarf es eines Eingriffs nicht. Fast alle eitrigen Meningitiden sind gestorben, die serösen und rein hämorrhagischen reaktiven Meningitiden zu 50% geheilt.

Oft besteht Meningitis nur symptomatisch neben Enzephalitis. Bei Schußverletzungen des Hirns ist eitrige Enzephalitis weit häufiger als Meningitis. Bei jeder Encephalitis septica findet sich Meningitis, aber nicht bei jeder Meningitis Enzephalitis. Meningitis ist gekennzeichnet durch Genickstarre, Erbrechen und Kopfschmerzen, Enzephalitis durch die frühzeitige Benommenheit und Erscheinungen des Hirndrucks. Fälle mit gleichzeitigem hohen Fieber sterben meist.

Bei gutem Puls und Fehlen jeder Hirnstörung muß man Temperaturen bis 39° als Resorptionsfieber auffassen oder als Reaktion auf gutartige Infektionen.

Bei den sehr wichtigen chronischen enzephalitischen Prozessen handelt es sich um eine reaktive Entzündung: in den einfachsten Fällen nach einem freien Intervall von mehreren Tagen zunehmende Kopfschmerzen, Benommenheit, Bewußtseinsstörungen, langsam einsetzender und zunehmender Druckpuls, dann Reizung (Spasmen) oder Zunehmen der Lähmungen, ähnlich wie bei Blutungen.

Aufhören der Pulsation an der Wunde und Schlaffwerden der Granulationen sind oft das erste Symptom der beginnenden Enzephalitis, auch einer infektiösen. Posttraumatische Erweichungsherde ohne jede Infektion, um Fremdkörper oder um nekrotische Hirnteilchen, können progredient schließlich zum Tode führen oder allerdings außerordentlich langsam zur Bildung einer serös-traumatischen Zyste.

Reaktive Entzündung der Hirnsubstanz kann infolge seröser Durchtränkung und Schwellung und erhöhten Drucks zu Hirnprolaps führen oder zur Bildung eines chronischen Hirnabszesses oder einer Hirnzyste, oder wenn die Schußöffnungen schon geheilt sind, durch erhöhten Schädelinnendruck zum Tode.

Der Abszeß kann sich durch Vermittlung eines Hirnprolapses direkt nach außen entleeren oder unter die schon geheilte Schädelhaut zwischen Haut und Knochen.

Eine sichere Diagnose ist nur durch Hirnpunktion möglich. Bei Schädelschuß, der nach freiem Intervall plötzlich oder allmählich zunehmend schwere Hirnerscheinungen aufweist, darf man eine Enzephalitis annehmen, septische bei hohem Fieber, sonst reaktive oder traumatische.

Zunächst ist der Hirndruck durch Lumbalpunktion oder Ventrikelpunktion zu beseitigen, wenn der Prozeß in der Nähe der Ventrikel verläuft, oder durch Sondierung von Ein- oder Ausschuß mit einer dünnen Kornzange oder Hohlsonde oder schließlich durch Erweiterung der Ein- oder Ausschußöffnung, aber erst wenn die Druckerscheinungen das Leben gefährden.



Hirnprolaps deutet oft auf Entzündungsvorgänge im Hirn. Nach deren Abklingen oder nach Entleerung des Abszesses geht der Prolaps in der Regel zurück. Vorgefallene, nekrotisch gewordene Teile trägt man ab, um die Vernarbung zu beschleunigen.

Traumatische Zysten nach Hirnschüssen sind die häufigste spätere Ursache von Hirnerkrankungen wie epileptischer und epileptoider Zustände.

Schädelschüsse. Von Enderlen. (Beiträge z. klin. Chir. Bd. 69 H. 4.)

Einfache Weichteilschüsse verursachen nicht immer nur erhebliche Beschwerden, sondern auch organische Verletzungen des Gehirns und entsprechende Symptome: Erbrechen, Bewußtseinsstörungen, Veränderung des Pulses und der Temperatur, spastische, hemiplegische, aphasische Störungen usf.

Die Beschaffenheit der äußeren Schädelwunde steht in keinem bestimmten Verhältnis zur Störung der Gehirntätigkeit.

Bei Operation kann sich unter dem unverletzten Schädel epidurales bezw. subdurales Hämatom oder ein Zertrümmerungsherd im Gehirn ergeben.

Enderlen hat in frischen Fällen dieser Art in die zertrümmerte Gehirnpartie ein Drän eingelegt, die Dura und die angefrischten Weichteile genäht, bei den anderen lediglich locker tamponiert.

Bei Prellschüssen kann der Knochen intakt oder gesprungen sein, oder es kann Depressionsfraktur mit Verletzung der Gefäße bestehen.

Bei Symptomen einer Gehirnstörung ist alsbald die Schädelkapsel zu eröffnen, sind die dislozierten Fragmente der Tabula interna extradural oder intrazerebral samt dem Bluterguß zu entfernen, gegebenenfalls unter Unterbindung, Naht der verletzten Gefäße, Auflegen eines Faszienlappens mit Tamponade und in frischen Fällen teilweiser Verschluß der Weichteilwunde.

Bei Tangentialschüssen, Streifschüssen mit Depressionsfrakturen, Knochenrinnenschüssen mit Ein- und Ausschuß in den weichen Schädeldecken können Splitter der Tabula interna zwischen Dura und Schädeldach verschoben, ein subdurales Hämatom oder ein umschriebener Kontusionsherd des Gehirnes entstanden, das Gehirn selbst durch Knochensplitter oder Geschoß lädiert, Scherben der Glastafel ins Innere der Gehirnsubstanz geschleudert sein; Operation, Entfernung der Knochensplitter, Schaffung guter Abflußverhältnisse ist hier unbedingt nötig.

Auch wenn die motorischen und sensorischen Zentren von Geschoß- oder Knochensplittern nicht geschädigt wurden und ausschließlich psychische Störungen bestehen: Störungen des Bewußtseins, der Stimmung, Mangel der Krankheitseinsicht, Änderung des Charakters, Beeinträchtigung des Gedächtnisses usf., ist Revision von Wunde und Knochen empfehlenswert. — Schmale Knochenbrücken zwischen Ein- und Ausschuß werden geopfert, sonst beide Knochenlücken erweitert.

Bei sekundärer Operation trifft man ungünstigere Verhältnisse, sie ist aber nötig bei Druckerscheinungen.

Bei posttraumatischer progredienter Gehirnerweichung, durch frische Blutungen, Ödem und lokale Zirkulationsstörungen sowie eingedrungene Knochensplitter bedingt, wird nach Abklingen der ersten Folgen ein sich auf mehrere Tage erstreckendes freies Intervall beobachtet, dem unter zunehmender Verschlechterung die Symptome des Hirndruckes folgen, welche Operation erfordern.

Bei infektiöser oder jauchiger Enzephalitis ist der Herd breit freizulegen und dem Eiter Abfluß zu verschaffen.

Hirnprolaps mit seinen kleinen Abszessen ging trotz Hochsitzens, leichter Kompression, Adrenalinbefeuchtung nur selten zurück.

Lumbalpunktion erreichte nichts.

„Die Prognose kann nicht vorsichtig genug gestellt werden."

„Abszeß und Epilepsie stehen wohl noch lange als drohende Gespenster im Hintergrund, abgesehen von vielen funktionellen nervösen Störungen."

Zum Austupfen oder milden Ausspülen des Gehirnbreies wird warme Kochsalzlösung empfohlen.

Zur Plastik bei Dura- oder Knochendefekt konnte sich Tilmann nie entschießen; das Weitestgehende war partielle Naht.

Riese (ebenda): Abschüsse der vorderen Teile des Stirnhirns verliefen mehrfach günstig.

Rinnenschüsse, Prellschüsse, Schüsse mit den deutlichen Zeichen der Depression oder der Raumbeschränkung durch Blutergüsse sind möglichst bald zu operieren.

Bei glatten Durchschüssen soll man bei auffälligen zentralen Reizerscheinungen durch Splitter operieren.

Bei scheinbar glatten Durchschüssen fand Riese am Ausschuß und Einschuß beträchtliche Splitterung in die Hirnsubstanz. Er rät, auch glatte Durchschüsse in den meisten Fällen operativ zu behandeln.

Bei Steckschüssen finden sich regelmäßig in die Tiefe gerissene Splitter und ist das operative Verfahren immer am Platze.

Die Dura darf nicht genäht werden, Dränage soll möglichst vermieden werden oder mit Billroth-



Batiststreifen, nicht mit Gummidräns geschehen. Prolapse soll man gar nicht oder sehr vorsichtig abtragen, weil sie von selbst zurückgehen.

Auffallend schlecht ist die Prognose der Depressionsfrakturen.

Bei Hirnabszessen verwendet Riese Billroth-Battist in Streifen zur Dränage oder Glas.

In einigen Fällen von Enzephalitis hatte wiederholte Lumbalpunktion guten Erfolg.

Riese empfiehlt bei allen Hirnschädelschüssen baldige Operation, zumal sie im Gegensatz zur Operation der Bauchschüsse nicht viel Zeit erfordere. Das in den meisten Fällen nur notwendige Débridement erfordere nur 10 bis 15 Minuten.

Best (ebenda) beobachtete nur in jedem 13. Fall eine Augenmuskelstörung, ein Zeichen der ungünstigen Prognose der Basisschüsse.

Auch Entzündung des Sehnervenkopfes ist ein ernstes Symptom, sie findet sich auch, aber sehr selten, bei Prellschüssen ohne Knochenverletzung und bei Knochensplitterung ohne Duraverletzung; sie ist ein Zeichen eines foudroyanten Prozesses, je stärker die Enzephalitis, um so früher, gleichgültig wo der Sitz der Läsion. Häufig tritt sie spät auf, weshalb regelmäßige Kontrolle nötig ist; eine absolut ungünstige Prognose für den Verlauf des Hirnschusses hat sie aber nicht, die chirurgische Revision ist bei aseptischem Vorgehen ungefährlich.

Bier (a. a. O.) legte in einem Fall von tiefliegendem Steckgeschoß (Schrapnellkugel) den Verwundeten auf die Seite des Einschusses und führte kurze Schläge gegen diese Kopfseite, worauf das Geschoß von selbst aus dem erweiterten Einschuß herausspazierte.

Kleists Erfahrungen (a. a. O., ebenso die folgenden Autoren) drängen dazu, die Schädelschüsse möglichst früh, sobald es unter aseptischen Vorkehrungen möglich ist, zu revidieren und zu operieren.

Goebel legt jeden Kopfschuß möglichst bald frei. Typisch ist das oft regenwurmartige Vorquellen eines Blutkoagulums, wenn man vorsichtig mit einer anatomischen Pinzette einen oder einige Millimeter tiefer als die Dura eingeht und die Pinzette dann sich leicht spreizen läßt. Die Entfernung dieses Koagulums bringt Druckentlastung und Verschwinden von Drucksymptomen.

Gegen die Infektion rät Goebel zu prinzipieller Darreichung von Urotropin bei jedem Hirnschuß von Anfang an.

Nach Frh. v. Eiselsberg sind Tangentialschüsse immer zu operieren, ob mit oder ohne Abszeß. Dabei soll man mit Tamponade vorsichtig sein, es könne vor Tamponade überhaupt im allgemeinen bei allen Wunden nicht genug gewarnt werden.

Zur Deckung von Schädeldefekten könne nach genügender langer Beobachtung und Freibleiben von Ausfallssymptomen Müller-Königsche Plastik in erster Linie, daneben auch die freie Verpflanzung von Tibia empfohlen werden.

Burckhardt und Landois operieren primär solche Schädelverletzungen, wo das Geschoß in der Wunde sichtbar gemacht werden kann (leichte Tangentialschüsse und oberflächliche Steckschüsse) und warten zunächst ab bei allen Fällen mit schwerer Zerstörung, großen Schädelsprüngen, ausgedehnter Hirnzertrümmerung, starker Blutung.

Bei Sektionen fanden sie, „daß auch bei Tangentialschüssen riesige Sprünge sein können, daß Knochensplitter eine Hemisphäre bis in die Ventrikel hinein zertrümmern können, daß Hämatome übers ganze Gehirn auftreten können, die sicher vereitern, wenn man sie nicht in Ruhe läßt. Sieht man einen solchen Fall am Sektionstisch, so muß man nachträglich staunen, wie man glauben konnte, durch Herumknipsen am Schädel den Heilverlauf auch nur im geringsten beeinflussen zu können."

Schwere Fälle, welche die erste Zeit überstanden haben, operieren sie dann, wenn eine Indikation dazu eintritt, nämlich Hirndruck, zunehmende Herderscheinungen usw., zunehmende Temperatursteigerung, fortschreitendes Ödem der Kopfschwarte, und zwar so radikal wie nötig.

Die weichen vereiterten Prolapse werden in Ruhe gelassen; die festen, oft dem Eiter den Abfluß versperrenden, operiert. Der Hirnprolaps als Ausdruck einer entzündlichen Schwellung erfordert Erweiterung der Schädelwunde.

Denker weist auf das häufige Auftreten von Nebenhöhleneiterungen nach Verletzungen im Oberkiefer, der Nase und der Orbita hin, der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle; es seien diese Fälle dem Rinochirurgen zuzuleiten.

Bei Meningitis, auch bei sicher festgestellter diffuser eitriger, kommt eine kleine Anzahl von Fällen durch Ausräumung des primären Herdes, Lumbalpunktionen und Urotropin zur Heilung.

Payr benützt zur Erkennung in die Hirnsubstanz geschleuderter Knochensplitter den Metalldraht aus der Nadel einer Rekordspritze.

Bei der Operation des Hirnabszesses leite radiologisch sichtbarer Knochen- oder Projektilsplitter unser Handeln.

Röpke befürwortet bei eitriger Meningitis Tilmanns Methode, die Schädeldecke, wenn überhaupt möglich, soweit fortzunehmen, bis die



den eitrigen Bezirk umgrenzende seröse Durchtränkung freiliegt, und multiple Spaltungen der infiltrierten Meningen.

Bockenheimer revidiert bei jedem Tangentialschuß sofort die Wunde und trepaniert bei der geringsten Veränderung der Tabula externa. Bei nur gestreifter Externa können trotzdem Splitter der Interna Dura und Gehirn verletzt haben.

Nach Bildung eines großen Weichteilperiostlappens ummeißelt er die Stelle der Weichteilwunde, wobei der Knochendefekt so groß gemacht wird, bis die Dura sich unverletzt zeigt. Er empfiehlt zur Entfernung der Splitter an Stelle des Fingers die Spülung mit steriler Kochsalzlösung. Tamponade hält er für falsch, da sie Spätinfektion bedingt; er legt nur sterile Gaze in den Knochendefekt.

Haenel hat wiederholt bei nicht operierten Durchschüssen Enzephalitis und Meningitis am Ein- und Ausschuß gefunden und daher „grundsätzlich die Revision der Wunden bei allen Kopfschüssen, auch bei Durchschüssen und ebenso bei Steckschüssen, wenn auch die Frage des Verhaltens gegenüber dem Geschoß aus allerlei Gründen zunächst noch nicht zu beantworten war, vorgenommen oder vorzunehmen empfohlen". Durch baldige Entfernung von Splittern und Koagulis und durch Besserung der Abflußverhältnisse wurden in einer ganzen Reihe von Fällen auch bei Durchschüssen die Heilungsbedingungen verbessert. Bei Anwendung der Lokalanästhesie und bei Vermeidung des Gebrauchs des schädelverhämmernden Meißels wird dabei den Kräften des Verwundeten nicht viel zugemutet.

Bei sekundärer begrenzter Konvexitätsmeningitis hat er in drei Fällen so augenscheinliche Besserung gesehen, daß er den operativen Versuch (nach Tilmann und Roepke), die sonst verlorenen Patienten zu retten, in ähnlichen Fällen immer wieder unternehmen werde.

Hosemann fand, daß Pulsverlangsamung und Druckpuls sehr häufig bei den schwersten intrakraniellen Drucksteigerungen fehlen, deren Zeichen augenblicklich bei der Wundversorgung schwanden, sobald nach Entfernung des verklebten Verbands, der verlegenden Knochensplitter usw. Hirnbrei und Blut aus der Wunde quellen konnten.

Kümmell macht die Trepanation möglichst ausgedehnt, weil das etwa vorfallende Gehirn dadurch eingeklemmt und in seiner Ernährung gestört wird.

In fast allen Fällen von Verletzungen des Sehzentrums kehrte bei den anfängs vollständig Erblindeten nach Trepanation mehr und mehr das Sehvermögen zurück.

Durch häufige Lumbalpunktionen wurden auch schwere eitrige Fälle von Meningitis geheilt. Er empfiehlt Urotropin in großen Dosen.

Passow glaubt, daß zu wenig operiert wird bei den scheinbar leichten Fällen und zu wenig bei den schweren Fällen. Durch zweckmäßige Erweiterung der Knochenwunde kann man gegen die Prolapsbildung einwirken.

Rehn behält die primäre Operation der Impressions- und Tangentialschüsse unbedingt bei, Durchschüsse und Steckschüsse operiert er primär überhaupt nicht mehr.

Nach Stieda muß der entstandene Schädeldefekt unbedingt später geschlossen werden, falls die Dura verletzt war. Bei kleiner Schädellücke und erhaltener Dura findet von selbst Regeneration des Knochens statt. Bei größeren Knochendefekten osteoplastische Deckung, nicht später als ein halbes Jahr nach der Vernarbung der Wunde.

Vollbrechts Erfahrungen haben ihn gelehrt, daß kleine Schußwunden glatt verheilen, aber der Schußkanal doch primär infiziert war und Operation und Eröffnung des spättraumatischen Abszesses nötig wurde. —

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **„Gehirnkrüppel".** Muß der lobenswerte Drang nach Sprachreinheit gerade die treffen, die am wenigsten in der Lage sind, sich gegen Härte, Roheit und sprachliche Geschmacklosigkeit des Ausdrucks zu wehren? Haben wir in Friedenszeiten bei den unzähligen Geisteskranken und geistig Gebrechlichen von „Krüppeln" gesprochen? Möchte nicht z. B. zunächst bei allen den vielen vornehm klingenden, zum Teil noch amtlichen Fremdwörtern angefangen werden, die sogar halb deutsch, halb fremdländisch ausgesprochen werden („Pension"!). Reden wir doch lieber von Gehirninvaliden, wenn diese Bedauernswerten aus der Gesamtheit der Invaliden hervorgehoben werden sollen — jedes Kind weiß ja, was ein Invalide ist („Invalidendank", „Invaliditätsversicherung" usw.).

Die Sprachreinigung merzt leider auch alte gute deutsche Worte aus: Warum Kriegs„teilnehmer"? Warum nicht wie bisher „Krieger"? Oder soll es etwa später „Kriegsteilnehmerverein" heißen statt „Kriegerverein"? Bresler.




— **Ist die bisherige Lehre vom Zweck der Nieren richtig?** Wenn die Nieren mit ihrer Tätigkeit Blut und Stoffwechsel (Stickstoffausscheidung) im ganzen Umfang erfaßten, so müßte sie der ganze Blutstrom durchfluten wie bei Herz und Lungen. Auf dem Weg durch die Nierenarterien mag wohl die Wasserausscheidung bis zu gewissem Grad beeinflußt werden können — obwohl dies auch nicht überall Nebenzweck der Nieren ist, denn bei manchen Tierarten scheiden sie überhaupt nicht viel Wasser aus —, nicht aber kann Bildung und Ausscheidung von Produkten des allgemeinen Stoffwechsels durch eine bloße Arterienabzweigung vermittelt werden, so wenig ein Fluß mittels eines Bachs gereinigt wird, den man an einer Stelle ablenkt und an einer abwärts gelegenen wieder einleitet. Die Nieren sind vielmehr ein Organ der inneren Sekretion, die im Harn ausgeschiedenen Stoffe sind für den Körper entbehrliche und nicht wieder verwendbare Nebenprodukte, die bei der Bildung des inneren Sekrets in der Niere entstehen und aus der Grundsubstanz als Rückstand übrig bleiben. Die Niere steht also insoweit zwischen den Drüsen mit innerer und den mit äußerer Sekretion, als sie das eigentliche Sekret nach innen, den Rückstand nach außen absondert. Nierenarterie und -vena bilden zusammen gewissermaßen einen Mühlbach, der die zu verarbeitenden Stoffe mit sich führt und in seinem Lauf unterhalb der Mühle das Produkt, das innere Sekret, dem Fluß wieder zuführt. Welcher Zusammensetzung dieses Sekret ist, kann durch die Untersuchung des Nierenvenenbluts ermittelt werden, seine Wirkung auf den Körper durch experimentelle Einspritzung von Serum des Nierenvenenbluts. Die Wasserausscheidung der Niere steht im Dienst der inneren Sekretion, insoweit die Nebenprodukte und Rückstände in gelöstem Zustande ausgeschieden werden müssen. Bisher unaufgeklärte Vorgänge bei Nierenerkrankungen, wie z. B. das anscheinend Ungesetzmäßige im Auftreten von Urämie und diese selbst, werden durch die Lehre von der inneren Sekretion der Niere dem Verständnis näher gebracht werden können. Was von Tatsachen über Chemie und Verrichtung der Niere feststeht, muß im Sinn dieser Lehre umgedeutet werden, was um so leichter fallen wird, als heute die Bedeutung des Eiweißbedarfs und des Stickstoffumsatzes für den Körper erheblich eingeschränkt ist (vergl. meine Übersicht über neuere Arbeiten aus dem Gebiet der Ernährung; Halle 1917, C. Marhold Verlagsbuchhandlung). Ist doch von v. Pirquet praktisch nachgewiesen, daß man sogar tuberkulöse Kinder ohne Fleisch und Eier, bei einer Eiweißdarreichung, die wenig über 10% des Brennstoffgehalts der Nahrung beträgt, gedeihen lassen kann! Nach den Symptomen der Urämie ist anzunehmen, daß das innere Sekret der Nieren, der spezifische Nierstoff (um nicht entsprechend Suprarenin das Wort Renin oder ähnliches einzuführen), zu Stoffwechsel und Tätigkeit von Hirn, Rückenmark und Nerven in bestimmter Beziehung steht.

Den 15. April 1917. Dr. Bresler.

— **Trepanation der Optikusscheide.** Elschnig demonstrierte in der Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen am 30. Juni 1916 (W. kl. W. 1916 Nr. 43) eine Frau mit Tumor cerebri wahrscheinlich im linken Stirnhirn mit rapid zunehmender Sehstörung bei Stauungspapille. An einem Auge erblindet, am anderen Fingerzählen 1 m.

Vornahme der Trepanation der Optikusscheide nach Krönlein. Glatter Heilverlauf, keinerlei Einfluß auf das Sehnerven- oder Grundleiden.

— **Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.** Sitzung vom 13. Februar 1917.

A. Fuchs demonstriert die Bedeutung des von ihm beschriebenen Symptoms der „objektiven Kopfgeräusche" bei idiopathischem Hydrozephalus, wo es gelegentlich als einziger Anhaltspunkt für die Diagnose gegenüber einem Hirntumor bestehen kann. Die vorgestellte Dame war 1912 mit Hirndrucksymptomen, Sistieren der Menses, Neuritis optica erkrankt. Ohrensausen. Überall am Schädel, besonders in den Schläfengegenden ein lautes, pulssynchrones Blasen hörbar. Später Stauungspapille, sehr leichte Parese des rechten Mundfazialis, auffallend torpides Verhalten. Nach einer dekompressiven Trepanation an der Hinterhauptschuppe Rückgang der Erscheinungen, Wiederkehr der Menstruation. Zurzeit, vier Jahre nach Beginn des Leidens, völliges Wohlbefinden, was wohl die ursprüngliche Annahme eines idiopathischen Hydrozephalus rechtfertigt.

Diskussion: v. Wagner-Jauregg hält die Erklärung der Wirkung einer Trepanation auf einen Hydrozephalus, ebenso auf Epilepsie oder die mitunter günstige Wirkung einer Laminektomie bei gewissen Rückenmarksaffektionen für ein ungelöstes Problem.

O. Pötzl demonstriert 3 Fälle mit Schußverletzungen der kortikalen Sehsphäre. Im ersten Fall bestand eine geringfügige zerebrale Asthenopie und konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Bemerkenswert war nun, daß der Kranke beim Perimetrieren in der Peripherie des Gesichtsfeldes rot für gelb ansieht, ein Vorkommnis, das bis zu einem gewissen Grade physiologisch ist, meist aber nicht zum Bewußtsein gelangt. Im zweiten Fall besteht gleichfalls eine geringfügige zerebrale Asthenopie von okzipitalem Charakter. Der Pat. sieht verschwommen, nebelhaft, verliert den Fixationspunkt. Der Astigmatismus des linken Auges, durch den er als Eisenbahner 7 Jahre in keiner Weise gestört worden war, kommt ihm jetzt außerordentlich störend zum Bewußtsein. Der Pat. repräsentiert eine ganze Reihe von Fällen, bei denen früher unbemerkt gebliebene Refraktionsanomalien nach einer Verletzung der kortikalen Sehsphäre manifeste Störungen verursachen. Die Ursache dafür ist offenbar eine gewisse Fixationsschwäche und Konvergenzparese. Im dritten Falle besteht eine hochgradige konzentrische Sehfeldeinschränkung mit einer anfänglichen, fast vollständigen Amaurose. Kranke mit zentralen Störungen des makulären Sehens zeigen in der Regel eine eigentümliche Kopfhaltung, die das Sehen mit den peripheren Netzhautanteilen ermöglicht.

J. Bauer berichtet über den Obduktionsbefund



einer in der vorigen Sitzung demonstrierten Frau mit einer Kombination von Myasthenia gravis pseudoparalytica und Morbus Basedowii. Die Autopsie hatte die Annahme eines Status thymicus und lymphaticus vollkommen bestätigt. B. resümiert seine Ausführungen dahin, daß die Diagnose eines Status thymicus nur auf Grund einer kunstgerechten Perkussion möglich ist — Röntgenbild und Blutbefund lassen häufig vollkommen im Stich —, daß die Diagnose eines Status lymphaticus in erster Linie auf Grund der Feststellung hyperplastischer Zungenfollikel gestellt werden soll und daß schließlich in Fällen von Myasthenie mit Basedow stets eine hyperplastische Thymusdrüse angenommen werden und eine operative Thymusreduktion nicht allzuspät, wie im vorgestellten Falle, erwogen und ausgeführt werden sollte. Die Thymusdrüse hatte im vorliegenden Falle ein Gewicht von 53 g.

E. Wexberg demonstriert Temperaturkurven, die zeigen, daß Hg-Salizylikum-Injektionen die Temperatursteigerungen der Tuberkulininjektionen gelegentlich erheblich verstärken oder auch allein schon früher hervorrufen können.

Diskussion: M. Berliner meint, daß das Hg wohl allein schon die Temperatur ansteigen lassen kann.

E. Wexberg schreibt der individuellen Disposition hierbei eine große Bedeutung zu.

A. Fuchs demonstriert Apparate als Ergänzungen zur Elektrogymnastik. Eine Vorrichtung ermöglicht z. B. die gleichzeitige automatische Galvanisation mehrerer Fälle von Fazialislähmung. Eine andere dient zur Gymnastik der vom Fazialis innervierten Muskulatur. Vortragender empfiehlt die Anwendung von Vibrationsmassage bei peripheren Lähmungen, da diese früher ausheilen und Kontraktionen eher vermieden werden.

V. Hecht demonstriert einen Apparat zur rhythmischen Elektrogymnastik. Je länger man elektrotherapeutisch Kriegsverwundete in großer Menge behandelt, desto mehr wird in einem der Wunsch rege, einen Teil der elektrotherapeutischen Arbeit durch Apparate ausführen zu lassen, zumal nur eine nicht durch einige Wochen, sondern durch längere Zeit ausgeführte Anwendung des elektrischen Stromes Erfolg verspricht. Bei einem vorzugsweise orthopädischen Krankenmaterial ist besonders die Behandlung atrophischer und paretischer Muskeln mit Hilfe des faradischen Stromes von Wichtigkeit.

Hierbei kommt es darauf an, möglichst intensive, rhythmisch sich wiederholende und wenig schmerzhafte Muskelkontraktionen faradisch auszulösen. Man kann hierzu das alte Hilfsmittel des „Ein- und Ausschleichens" (An -und Abschwellenlassen des Stromes) unter allmählicher Verstärkung des Stromes verwenden. Um diesem Zweck mit einfachen Hilfsmitteln zu dienen, wurde ein Zusatzapparat konstruiert, der an jeden erdschlußfreien elektrischen Anschlußapparat angefügt werden kann. Die erdschlußfreien Apparate „Klinik, Pantostat, Multostat") sind bekanntlich mit Elektromotoren ausgestattet, die zahlreiche (bis 2000) Umdrehungen haben und deren Kraft nicht voll ausgenützt wird. Mit Hilfe zweier Übersetzungen wird nun die Zahl der Umdrehungen soweit herabgedrückt, daß sich 10 bis 20 Umdrehungen in der Minute erhalten ließen; diese werden auf eine Exzenterscheibe übertragen, an der sich ein verstellbarer Hebel befindet. Mit diesem Hebel wird nun die sekundäre Rolle eines gewöhnlichen faradischen Apparates rhythmisch hin und her geschoben. Da sich auch die primäre Rolle annähern bezw. entfernen läßt, so kann die Intensität des faradischen Reizes verstärkt bezw. abgeschwächt werden. So sind mit einfachen Mitteln alle Anforderungen an eine rhythmische, intensive und ziemlich schmerzlose Elektrogymnastik erfüllt. Es können übrigens zwei Patienten zu gleicher Zeit behandelt werden. Außerdem hat die Anordnung den Vorteil, daß zur selben Zeit der Mutterapparat ohne weiteres zum Galvanisieren, Faradisieren, Vibrieren usw. eines dritten Patienten verwendet werden kann, während der Motor den Apparat zur Elektrogymnastik treibt. Darin liegt schon ein Vorzug gegenüber den sonstigen Apparaten zur Elektrogymnastik (Myomotor, Myoroborator, Degressator, Oszillodor, Bergonié usw.). J. Bauer, Wien.

Sitzung vom 13. März 1917.

A. Schüller demonstriert zwei Fälle von lokaler Hypertrichosis am Gesäß, in dem einen nach Durchschuß dieser Gegend, im zweiten bei einer seit langer Zeit bestehenden Ischias.

A. Fuchs hält einen Vortrag über „Die drei ersten Monate der Neurologischen Militär-Abteilung für Kopfverletzungen". In dieser unter der Oberleitung v. Wagner-Jaureggs stehenden, mustergültig ausgestatteten Zentralstelle wurden in den ersten drei Monaten Fälle aufgenommen. Unter diesen sind schwerste Kranke, die irreparabel geschädigt, in Zukunft nur Objekt der Fürsorge, sei es in Spitälern oder in Versorgungsanstalten sein können, ferner schwere Kranke, die nach entsprechender, in der Anstalt durchgeführter zerebraler Reedukation als Invalide entlassen werden sollen, und schließlich leicht Verletzte, deren Schäden reparabel sind, die eventuell sogar wieder die Felddienstfähigkeit erlangen können. Letzteres kann nur dann in Betracht kommen, wenn einerseits ein genügend langes Intervall seit der Verletzung verstrichen ist und wenn andererseits die Leistungsfähigkeit des Verletzten durch mehrere Wochen und Monate ausgeprobt wurde. Sehr wichtig ist absolute Alkoholabstinenz, deren sich ehemals Kopfverletzte stets und unter allen Umständen befleißigen müssen. Zu diesem Zweck werden eigene Merkblätter den Verletzten mitgegeben. Vortragender bespricht die speziellen Einrichtungen der Anstalt, insbesondere mit Rücksicht auf die spezialistischen Untersuchungen und Reedukationsverfahren, und kommt auf einzelne Detailfragen näher zu sprechen. So meint er in der Frage der Schutzhelme, daß diese die rasanten Geschoßwirkungen eher noch steigern, dagegen matte Geschoßwirkungen mildern dürften. Bezüglich der plastischen Deckung von Schädeldefekt hält Fuchs die Operation in der Regel nicht für genügend indiziert; jedenfalls sollte sie möglichst lange hinausgeschoben werden.



Diskussion: R. Allers wendet sich gegen des Vortragenden Vorschlag der prinzipiellen Superarbitrierung von Fällen mit Schädelfraktur ohne neurologische Symptome.

A. Schüller meint, die Verwendung von Schutzhelmen bedinge ein statistisch häufigeres Vorkommen von Schädelverletzungen, offenbar wegen geringerer Vorsicht der Helmträger.

O. Marburg meint, die Indikation zur plastischen Deckung von Schädeldefekten sei nicht nur darin gegeben, daß ein Locus minoris resistentiae geschützt werden soll, sondern liege vor allem in dem Umstand, daß die normalen Verhältnisse in der Schädelhöhle in Bezug auf Blut- und Liquorzirkulation hergestellt werden sollen.

C. v. Economo spricht sich für Verwendung von Helmen aus. Die relative Häufung von Kopfverletzungen bei ihrer Verwendung komme daher, daß viele Kopfverletzte, die ohne Helm wahrscheinlich sofort tot gewesen wären, jetzt am Leben bleiben.

— Die **Lumbalpunktion** ergab bei psychischen Störungen nach Granatexplosion in vier Fällen dreimal einen stark eiweißreichen, einmal einen blutigen Liquor cerebrospinalis, wahrscheinlich als Folge von Bluterguß. Nach Heilung der psychischen Störungen war der Liquor wieder normal. (Ravant, Presse médicale 1915 Nr. 39. Nach einem Referat von K. Boas im Neurol. Zentralbl. 1917 Nr. 1.)

B.

— **Heilanstalt Thonberg.** Am ersten Osterfeiertag nachmittags versammelten sich in Anwesenheit des Kgl. Anstaltsdirektors Obermedizinalrats Dr. Ackermann Patienten und Beamte der nunmehr seit 82 Jahren bestehenden Anstalt zu einer einfachen Feier. Es galt, das lebensgroße, in Öl gemalte Porträt des i. J. 1914 verstorbenen früheren Direktors der Anstalt, des Hofrates Dr. Julius Albert Lochner, zu enthüllen. In kurzen Worten schilderte der jetzige leitende Arzt, Oberarzt Dr. Wendt, die Geschichte der Anstalt und die fünfzigjährige Wirksamkeit Lochners in Thonberg. Lochner war ein in ärztlichen Kreisen weit bekannter Mann, dessen ganze Lebenskraft dem Wohle seiner Patienten gewidmet war, und der mit Liebe und Kunstsinn die Innenräume der Anstalt sowohl als den sie umkränzenden alten, hochstämmigen Park ausgestaltete, und so den von ihrem Gründer, Geh. Med.-Rat Dr. Güntz, übernommenen ehrwürdigen und behaglichen Charakter der Anstalt bewahrte. Das im Gesellschaftsraume, der sogen. weißen Halle, aufgehängte Bild entstammt der Meisterhand des Kunstmalers Herbert Graß in Heidelberg-Ziegelhausen, eines Schwiegersohnes Lochners, und ist ein Geschenk der Familie Lochner. Überaus lebenswahr und ansprechend im Kolorit, wird es einen vornehmen Schmuck der Anstalt und ein bleibendes Denkmal ihres einstigen Leiters und Förderers bilden.

— **Fürsorge für hirnverletzte Krieger.** Die große Zahl von Kopfverletzungen, die der Schützengrabenkampf mit sich bringt, und die außerordentliche Schwere der Folgeerscheinungen solcher Verletzungen haben schon Ende des vergangenen Jahres eine Bewegung veranlaßt, die darauf gerichtet ist, im Rahmen der bürgerlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge den Hirnverletzten Nachbehandlung und Schulung mit Unterhaltsgewährung im Wege privater Fürsorge zu bieten. Das auf ärztlich-pädagogischer Grundlage beruhende Heilverfahren, das während des gegenwärtigen Krieges bereits mit günstigem Erfolge besonders von Professor Dr. Goldstein, Frankfurt a. M., erprobt worden ist, ermöglicht es in verhältnismäßig vielen Fällen, dem Hirnverletzten zu wirtschaftlicher Selbständigkeit wieder zu verhelfen. Inzwischen hat die Bewegung durch Gründung einer „Fürsorge für hirnverletzte Krieger", die auch durch Eintragung in das Vereinsregister die Rechtsfähigkeit erlangt hat, festere Form angenommen. Den die „Fürsorge" leitenden Arbeitsausschuß bilden Prof. W. Lucas v. Cranach als Vorsitzender, Prof. Dr. Bonhoeffer als stellvertretender Vorsitzender, die o. Professoren Bier, Kraus und Krückmann, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt Dr. Spiegeltal und Bankdirektor E. S. von Strauß. Das Amt des Schatzmeisters übt Geheimrat Dr. Dr. med. h. c. Eduard Simon aus, das der Schriftführer Privatdozent Dr. med. Heinrich Lippmann und Rechtsanwalt Dr. Albert Katz. Das in vollem Einverständnis mit dem „Reichsausschuß für Kriegsbeschädigtenfürsorge" arbeitende Unternehmen erfreut sich der Förderung der bundesstaatlichen Kriegsministerien sowie des Reichsmarineamts.

— **Zur Errichtung eines Forschungsinstitutes für Psychiatrie** (siehe Nr. 3/4 dieser Zeitschrift vom 14. April 1917 S. 21). Der Magistrat von München hat sich vor kurzem bereit erklärt, die Errichtung eines Forschungsinstituts für Psychiatrie nach jeder Richtung zu fördern, besonders auch durch Überlassung eines geeigneten Bauplatzes. Das Gemeindekollegium erklärte sich mit diesem Beschlusse in seiner letzten geheimen Sitzung einverstanden, äußerte aber Bedenken gegen die vom Magistrat vertretene Anregung, das Institut mit einem städtischen Krankenhaus, in erster Linie mit dem Krankenhaus Schwabing, zu verbinden. Mit dieser Frage wird sich darum der zuständige Ausschuß nochmals beschäftigen.

Referate.

— **Stauungspapille bei Turmschädel.** Bemerkungen zu den verschiedenen Arten der Hirnhöhlenerweiterung. Von Prof. G. Anton, Halle. Monatsschr. f. Psychiatrie 1916 Heft 6.

Durch Anlage eines Ventils im Balken durch Balkenstich wurde die Stauungspapille für mehrere Jahre beseitigt und bessere geistige Entwicklung ermöglicht; die Gehirnpulsation erschien wieder.

Bresler.

— **Das Halsdrucksymptom als diagnostisches Hilfsmittel.** Von Dr. Fritz Mohr in Koblenz. M. Fl. 1916 Nr. 26.



Bei 5 bis 30 Sekunden langem mäßig starkem Druck am inneren Rande der Sternokleidomastoidei. etwa in der Höhe des mittleren Teiles des Kehlkopfes, seitlich von den beiden Karotiden. in der Richtung auf die Wirbelsäule, so daß Unterbrechung des Blutstromes in den Karotiden nicht stattfindet, erfolgt bei einer Anzahl Individuen sofort oder nach einigen Sekunden Rötung des Gesichtes, Anschwellung der Kopfvenen, Tränen der Augen, häufig Pupillenerweiterung oder wechselnd Erweiterung und Verengerung, zuweilen kollapsartiges Umsinken mit kurzer Bewußtlosigkeit oder starkes Körperschwanken, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Gefühl von Blutandrang nach dem Kopfe, Ohrensausen. Bei Gesunden wurden alle diese Erscheinungen gar nicht oder höchstens angedeutet beobachtet, hingegen bei neurotischen Personen bei Kopfverletzungen und Granatkommotionen. Dieses „Halsdrucksymptom" ist ein objektives Zeichen nervöser und besonders vasomotorischer Übererregbarkeit. B.

Buchbesprechungen.

— Liebermeister, G., Über die Kriegsneurosen. Halle 1917, C. Marhold Verlagsbuchhandlung. 75 Seiten. Preis 1,80 M.

In den „allgemeinen Gesichtspunkten", dem einleitenden Kapitel, finden sich ganz ausgezeichnete und sehr beachtenswerte Betrachtungen über „das kritische Stadium der Rekonvaleszenz", in denen wir der besonderen Begabung und dem Tiefenblick des Verfs. für das Seelische im Menschen und die Wechselwirkung zwischen Körperlichem und Seelischem wiederbegegnen, Fingerzeige, die uns zugleich vergewissern, daß wir von dem weiteren Inhalt der Schrift nicht etwas Alltägliches vom Büchermarkt, sondern eine besondere Gabe und Leistung erwarten dürfen. Und dem ist so.

Nach den Kapiteln „Untersuchung" und „Übergangszeit" folgt der spezielle Teil: Simulation, Sensibilitätsstörungen, „Ischias", neuralgiforme, funktionelle Störungen, Hypästhesien, Anästhesien, Bewungungsstörungen, die verschiedenen Tremorformen und Zwangsbewegungen, Bewegungshinderungen, Anfälle, viszerael Symptome, Allgemeinbehandlung der Hysterie, Schreckneurosen, traumatische Neurosen, Erschöpfungsneurosen, Rentenfrage.

Eine der heute mehr als je seltenen Schriften, die aus wirklichem Können und Wissen, aus reicher Erfahrung hervorgegangen ist, nicht aus dem Bedürfnis der Autorschaft. Bresler.

Therapeutisches.

— Die **Gelonida antineuralgica** (Goedecke & Co.) enthalten gemäß dem Bürgischen Gedanken der Wirkungspotenzierung durch geeignete Kombination verschiedenartiger Heilkomponenten: Codein (0,01), Phenacetin und acid. acetylosalicyl. (ana 0,25). Nach Treupel (Deutsch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 46) leistet bei Gelenkrheumatismus eine Kombination von Phenacetin, Codein und Aspirin deshalb Vortreffliches, weil Phenacetin die Schmerzen erheblich dämpft, Codein und Aspirin die erforderliche Sedativwirkung bringt. Durch die Gelonidaform wird nun die Sicherheit der gegenüber den Einzelkomponenten bereits erhöhten therapeutischen Gesamtwirkung dieser Kombination noch weiter gesteigert.

Die vielseitige Anwendbarkeit der Gelonida antineuralgica veranschaulicht die Indikationszusammenstellung, die Zahnarzt Dr. O. Fränkel (Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. 1912 Nr. 34) für sein Spezialgebiet angibt.

Bei dem außerordentlich großen Indikationsgebiet der Gelonida antineuralgica — Gelenk- und Muskelrheumatismus, Ischias, Neuralgien, Pleuritis, Influenza u. a. m. — ist es besonders erfreulich, daß dieses vortreffliche Mittel auch den Kassenpatienten nutzbar gemacht wird. Es ist in anbetracht seines sehr mäßigen Preises bei den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

Personalnachrichten.

— **Colditz.** Anstaltsarzt Dr. Stemmler an der Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Colditz hat den Titel Oberarzt verliehen erhalten.

ANHANG.

Fleckfieber.

Nach der neuesten Literatur referiert von Sanitätsrat Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Nach E. Starkenstein (Fleckfieberstudien; W. kl. W. 1917 Nr. 5) muß gegenüber der Annahme etwaiger anderer Übertragungsmöglichkeiten immer wieder betont werden, daß in der begründeten Überzeugung von der alleinigen Übertragung des Fleckfiebers durch die Kleiderlaus unsere größte Stärke in der Fleckfieberbekämpfung liegt, und daß wir imstande sind, eine Fleckfieberendemie zu beherrschen. Er führt eine Endemie als Beweis dafür an, daß während der Inkubation eine Ansteckung nicht besteht; wenn einer, der sich selbst im Inkubationsstadium befindet, gründlich entlaust und er vor weiterer Verlausung geschützt wird, so sei eine weitere Isolierung der anderen, die zwar mit diesem, nicht aber mit Fleckfieberkranken beisammen waren, nicht mehr nötig; eine Laus kann sich nur am fiebernden Kranken infizieren, also ist auch der Rekonvaleszent nach gründlicher Entlausung nicht mehr ansteckungsfähig. Eine direkte Infektion von Mensch zu Mensch ist ausgeschlossen.



Starkenstein fand unter Fleckfieberkranken Juden = % ; von der jüdischen Bevölkerung waren fast .%, von der nichtjüdischen % an Fleckfieber erkrankt. Er sieht die Ursache dieser Überzahl der erkrankten Juden in den unhygienischen Verhältnissen bei denselben. (Siehe auch Starkenstein, Arch. f. soz. Hyg.)

Dagegen entfiel von den Sterbefällen der größere Teil auf die nichtjüdische Bevölkerung.

Der Höhepunkt der Endemie lag in den Monaten Februar bis Mai. Rascher Anstieg vom Dezember bis Februar, rascher Abfall vom Mai bis Juli. Die Sterblichkeit war in den Sommermonaten gesteigert, im August sogar bis 60 % ; vielleicht waren eine große Zahl von Mischinfektionen, vornehmlich mit Bauchtyphus, dabei.

114 Fälle, die auf die Weil-Felixsche Agglutinationsreaktion (Stamm X_{19}) untersucht wurden, ergaben sämtlich im Lauf der ersten Krankheitswoche eine eindeutig positive Weil-Felixsche Reaktion, und zwar ergab sich, daß der positive Ausfall bei einem Agglutinationstiter über 1 : 50 absolut beweisend ist. Bei anderen Erkrankungen wurde die Reaktion in der beweisenden Titergrenze und bei Berücksichtigung der typischen Art der Ausflockung niemals positiv. In einem Fall von Mitagglutination saprophytischer Proteusstämme (Weil und Felix, Feldärztl. Blätter Nr. 11) war die Art der Ausflockung von der typischen Agglutination so auffallend verschieden, daß sie nicht als positiv bezeichnet werden konnte (grobe, schneeartige Flocken).

Gelegentlich fand sich die Reaktion noch 70, 80 und 100 Tage nach der Entfieberung noch stark positiv, was für nachträgliche Diagnose wichtig.

Die Reaktion ist vielfach noch in Verdünnung 1 : 10 000 und 1 : 20 000 positiv. — In den meisten typischen Fällen steigt die Kurve der Fleckfieberagglutination (bei Verwendung von Stamm X_{19}) langsam an, schnellt dann plötzlich zum höchsten Titerwert und sinkt nach einigen Tagen allmählich oder plötzlich auf einen niedrigen Wert, der monatelang bestehen bleibt. Der Anstieg zum höchsten Titerwert fällt meist mit dem Beginn der Entfieberung zusammen oder geht ihm um einen oder zwei Tage voran.

Der Weilsche Bazillus (eine Mischinfektion) steht wahrscheinlich zu spezifischen Reaktionskörpern im Fleckfieberserum in Beziehung, weshalb er stets von solchem Serum mit absoluter Spezifität agglutiniert wird.

Nachweis von Typhusbazillen oder positive hochwertige Gruber-Widalsche Reaktion sind kein Gegenbeweis gegen Fleckfieber, da Mischinfektion vorliegen kann.

Diazoreaktion und Urochromogenreaktion ist auch bei Fleckfieber auf der Höhe des Fiebers fast ausnahmslos positiv.

Das Blutbild bietet Anhaltspunkte, aber keine Entscheidung.

Mittelst der Weil-Felixschen Reaktion ließ sich auch Fleckfieber, das ohne Ausschlag einherging, diagnostizieren, wie es oft im Kindesalter vorkommt.

Bei fleckfieberkranken, auch gegen Bauchtyphus nicht geimpften Personen, bei denen auch früher durchgemachter Bauchtyphus nicht nachgewiesen werden konnte, kann positive Gruber-Widalsche Reaktion auftreten; der Grund ist noch nicht geklärt.

Nach D. Fuchs (Feldärztl. Blätter Nr. 11) ist bei Fleckfieberfällen mit stark ausgeprägten nervösen Symptomen die Weil-Felixsche Reaktion auch im Liquor cerebrospinalis positiv. Mitteilung über weitere derartige Untersuchungen stellt Starkenstein in Aussicht. Bei anderen fieberhaften Erkrankungen, selbst solchen mit noch höherem Fieber, treten im allgemeinen nicht so starke Benommenheit und andere oft an Urämie erinnernde Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems auf, wie bei Fleckfieber.

Starkenstein gab — als aussichtsreichste Symptombekämpfung — vom ersten Tage an fünf- bis sechsmal täglich Calcium chloratum, Atophan ana 0,5, Chininum hydrochloricum 0,2 in Oblaten (Calcium chloratum als entzündungshemmend). Von Kollargol rät er bei Fleckfieber ab wegen auffallend häufig aufgetretener Blutungen.

Nach G. Wulker (Zur Frage der Läusebekämpfung; M. m. W. 1915 Nr. 18) tötet trockene Hitze von über 55 ° C die Läuse unfehlbar rasch nach 1 bis 2 Minuten; er nimmt an, daß die häufige Angabe, daß sie schon bei 35 ° sterben, nicht zutreffen könne, denn sonst würden sie bei jedem Saugakt in Lebensgefahr geraten. Die Nissen werden bei über 60 ° anscheinend durch Gerinnung des Inhalts schnell vernichtet. Ein 24 stündiger Aufenthalt bei 0,2° tötet die Läuse noch nicht; bei + 5° C sind sie fast unbeweglich, aber noch nicht erstarrt; unterhalb 25 ° werden die Bewegungen träger, bei 30 ° rennen und klettern sie schnell umher, bei 37 bis 42 ° zeigen sie außerordentlich lebhafte Beweglichkeit. Sie sind also nur bei Körpertemperatur lebhaft beweglich, leicht übertragbar, also bei

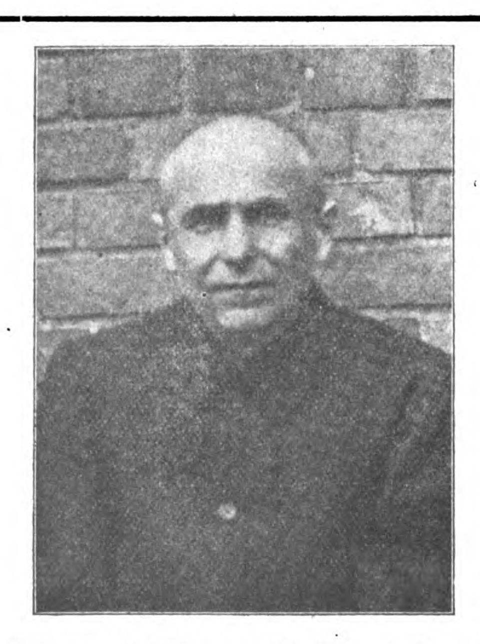
unmittelbarer Berührung oder nahem Zusammenwohnen, durch verlauste Betten und Lagerstellen. Seide (wegen ihrer Glätte) scheint die Tiere nicht abzuschrecken.

E. Czernel (Über die Morphologie des Fleckfiebererregers. Aus der Kgl. ungar. Zentral-Untersuchungsstation des Ministeriums des Innern. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 52): Die von den verschiedenen Autoren beschriebenen Mikroben sehen in ihren Erscheinungsformen einander im großen Maße ähnlich. Das Fleckfieberserum agglutiniert alle bisher gezüchteten Fleckfiebererreger, sogar auch regelmäßig die als Erreger kaum in Betracht kommenden Proteusarten (Weil und Felix), auch den Alkaligenes (Weltmann) und (nach Czernel) einige Kolistämme. Nach den Untersuchungen von Nicolle, Comte und Conseil (1909), Ricketts und Wilder (1910) sollte es sich — im Zwischenwirt, der Laus — um „kokkenähnliche Gebilde auch in Diploform", um „Kokkobazillen" handeln, aber diese „Kokkobazillen" wurden auch in gesunden Läusen gefunden. Nach da Rocha-Lima dringen die von ihm als Fleckfiebererreger gedeuteten Mikroben in die Zellen des Verdauungskanals der Laus ein, vermehren sich dort und verursachen eine charakteristische Veränderung derselben (Rickettsia Prowazeki). Czernel hält den Versuch da Rocha-Limas, daß die von Fleckfieberkranken blutsaugende und nachher an Rickettsia erkrankte Laus das Meerschweinchen krank macht, nicht für entscheidend, da die Rickettsia eine das eigentliche Fleckfiebervirus begleitende Infektion der Laus sein könnte (Mischinfektion).

Czernel hat mit durch Venenpunktion gewonnenem Blut in 50 ccm 5% Gelatine und 2% Glyzerin enthaltende, schwach alkalische Bouillon eingeimpft. Entnimmt man mit Platinöse nach einigen Tagen vom Boden ein klein wenig Blut, trocknet es auf Deckglas und färbt es nach Giemsa, so sieht man kleine bipolare Bazillen und Kugelformen. Verschiedene Untersuchungen ergaben, daß diese Bazillen und die Rickettsia Prowazeki dieselben sind. Der bipolare Bazillus, in floriden Fällen und auch in den Läusen (Rickettsia) zu finden, ist die virulente Form der Mikroben, der kulturell gezüchtete lange Bazillus kommt zufällig auch am Ende der Krankheit in Blut oder Exkreten vor (saprophytisches Stadium). Vielleicht kann letzterer in den Läusen in die virulente Form übergehen.

Czernel sah ferner in der mit Blut versetzten Gelatinebouillon kleine, scharf begrenzte, runde Gebilde, die ungefärbt wie rote Blutkörperchen ausschauen und als deren Fragmente imponieren, sich aber von ihnen tinktoriell unterscheiden, außerdem auch andere Gebilde, offenbar Gotschlichs „Geißelkörper", „spermatozoonartige Gebilde, bestehend aus einem ovalen Körperchen, mit langer, gewundener Geißel", vom Umfang großer Kokken bis zur Hälfte eines roten Blutkörperchens. Im hängenden Tropfen bei 30° C sah er dieses Gebilde in Bewegung. Miyajima hat 1907 ähnliche Flagellaten aus Rinderblut gezüchtet. Auch im gefärbten Blutpräparat konnte Czernel in drei Fällen, wenn auch spärlich, diese Flagellaten finden.

Es bleibt nach Czernel noch unentschieden, ob diese Flagellaten die Krankheitserreger sind



Am 31. Juli 1916 wurde der vorstehend abgebildete unbekannte Geisteskranke in Cöln, hilflos auf der Straße liegend, aufgefunden und der diesseitigen Anstalt zugeführt. Die bisher angestellten Ermittelungen über die Persönlichkeit sind erfolglos geblieben, es liegt jedoch die Möglichkeit vor, daß Patient aus einem Krankenhause entwichen ist, und bitte ich im Erkennungsfalle um gefl. Benachrichtigung der diesseitigen Stelle. Der Kranke gibt nachstehende Personalien an, deren Richtigkeit sich jedoch nicht bestätigt hat:

Philipp Boölgen (Boelke), letzter Wohnsitz in Neersen b. Crefeld, geboren am 11. August 1862 zu Crefeld, Maschinensteller.

Bonn, den 1. Mai 1917.

Die Direktion der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt.

und die gefundenen Bazillen eine regelmäßig vorkommende Mischinfektion, die beim Saugakt der Läuse mit dem Speichel gleichzeitig mit den Protozoen eingeimpft wird, oder ob die Bazillen, mit den Exkrementen der Läuse auf die Haut kommend, durch das Kratzen in den schon vorher kranken Organismus eingeimpft werden, ein Grund dafür, daß in dem fleckfieberkranken Organismus gleichzeitig mehrere spezifische Immunkörper entstehen. Czernel bezeichnet die Ffagellaten wegen ihrer seltenen Nachweisbarkeit als akzidentelle Begleiter des Fleckfiebers und hält letzteres für eine bazilläre Infektion.

(Fortsetzung folgt.)

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 7/8. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 7/8. 12. Mai **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

A. Chirurgischer Teil. (Fortsetzung.)

H. Thiemann (M. m. W. 1915 Nr. 17) betont die Notwendigkeit eines frühzeitigen operativen Eingreifens bei den Tangentialschüssen, günstige Verhältnisse vorausgesetzt, da diese wegen der Wundverhältnisse am meisten durch Splitterung und Infektion gefährdet und meist die Zerstörungen des Knochens und des Gehirns weit hochgradiger sind, als der äußere Anblick vermuten läßt. Die Freilegung des Knochens, ein geringer Eingriff, kann ohne Narkose ausgeführt werden und sollte in keinem nur irgendwie zweifelhaften Falle unterlassen werden.

Auf breite Eröffnung der Schädeldecke müsse man den allergrößten Wert legen, zunächst ohne zu große Sorge um einen Prolaps oder um den später möglichen Verschluß. Revision schon operierter Fälle habe oft noch ziemlich weit unter der intakten Externa ausgedehnte Zerstörung der Vitrea, Verschmutzung durch Erde, Haare, Stoffteile zwischen Dura und Vitrea ergeben, ferner Durarisse und an ihnen entlang kriechende Eiterungen. Der Knochen müsse rücksichtslos soweit entfernt werden, bis man im Gesunden sei, und zwar so, daß die Schädelöffnung größer ist als der größte Umfang des Zertrümmerungsherdes oder Abszesses. Um zurückgelassene Splitter bilden sich bei tiefstehender Eiterung sekundäre Abszesse, charakterisiert durch Fieber, Benommenheit, lokalisierte Reiz- und Lähmungserscheinungen, mit neuer Lebensgefahr für den Patienten. Thiemann hat meist nach der Operation im Verband durch erneute Röntgenaufnahme nochmals auf Splitter gefahndet und in einem Fall auch noch einen entdeckt und dann entfernt.

Heinekes Vorschlag, lose und noch ernährte Knochensplitter zu belassen, um nach Möglichkeit einen Hirnprolaps zu vermeiden, kann sich Thiemann nicht anschließen, da sie sich später meist abstoßen, und Prolapse nur bei Eiterung und Abszeßbildung mit Hirndruck, durch mangelnden Abfluß infolge zu kleiner Knochenöffnung entstanden waren und sich nach ausgiebiger Erweiterung von selbst zurückbildeten.

Ausspülung der Höhle im Hirn mit Kochsalzlösung (Hotz) unter geringem Druck könne nur wenig Vorteil und unter höherem doch wohl eine gewisse Gefahr bringen.

Wegen Gefahr der Eiterretention sei die Naht bei allen Schädelschüssen zu unterlassen. Ebensowenig darf tamponiert werden; außer bei Blutung aus der Tiefe.

Bei ausgiebiger Wegnahme des Knochens sei Dränage überhaupt überflüssig. Sonst möglichst weite Gummidräns mit weicher Wand und großen Seitenlöchern oder nach dem Vorschlage von Bárány Guttapercha-Zigaretten-Dräns.

Nur nekrotische Hirnprolapse solle man abtragen.

Meningitis, früh oder spät auftretend, könne nie



mit Sicherheit verhindert werden. Ein aktiveres Vorgehen sei wohl sicher angezeigt. In einem Falle Thiemanns war der Erfolg der Meningen-, Ventrikel- und Lumbalpunktionen nicht zu verkennen. Kümmells Vorschlag, die hintere Schädelgrube zu tamponieren, die Dura zu inzidieren und die Meningen zu dränieren, sei bei allgemein eitriger Hirnhautentzündung berechtigt.

In allen Fällen, vermutlich unter dem Reiz langdauernder Eiterung, verkleinerten sich die Schädellücken im Verlauf der Heilung in auffallender Weise, und zwar bei geringer Ausdehnung des primären Defektes fast vollkommen und bei großen sehr beträchtlich; beträchtlicher als sonst bei Defekten bei aseptischen Schädeloperationen.

Schädelschüsse sind noch längere Zeit zu beobachten. Gegen spätere traumatische Epilepsie gibt auch Deckung größerer Knochendefekte und Verhütung von Narbenreizung durch Unterpolsterung mit Fett, Faszie oder dgl. keine sichere Garantie.

Auffallend gering waren die Ausfallserscheinungen im Verhältnis zur Größe der zerstörten Hirnmasse. In einem Fall blieb jede Schädigung aus bei Verlust von mindestens einem Drittel des rechten Vorderhirns; in einem zweiten Falle bei weitgehender Zerstörung der rechten Kleinhirnhälfte und in einem Fall, wo große Teile des Parietalhirns und der Zentralwindungen fehlten, war die Lähmung gering. Diese drei Fälle, außerdem noch neun, sind im Original ausführlich mitgeteilt. „Die Größe der primären Hirnverletzung allein darf also keine Kontraindikation gegen die operative Therapie bilden; häufig resultiert trotz größter Hirndefekte noch ein brauchbarer Mensch."

Gebele (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 97 H. 2): Bei Tangentialschüssen kann lediglich die Konvexität des Schädels eingebogen und extra-, intradurales Hämatom, Blutung in die Gehirnsubstanz, auch hämorrhagische Erweichung die Folge sein. Zur Hebung deprimierter Knochenbruchstücke und Entfernung der Splitter wird die Weichteilwunde in der Regel erweitert, die Knochenlücke vergrößert. Noch ernährte, mit der Dura im Zusammenhang stehende Splitter werden belassen, die Hirnwunde wird tamponiert oder dräniert, die Dura wegen der Gefahr des Gehirnvorfalls bis auf die Drän- oder Tamponstelle vernäht. Bei nicht verletzter Dura wird über dem Quetschungsherd, der sich in der Regel schlaff anfühlt und wenig oder keine Pulsation zeigt, punktiert, um erweichte Hirnmasse zu aspirieren. Bei ausgedehnter Quetschung wird die Dura eingeschnitten und vorsichtig mit physiologischer Kochsalzlösung gespült. Nach Wiederherstellung der Pulsation des Gehirns wird die Dura genäht und in die äußere Wunde ein Drän eingelegt.

Steckschüsse werden abwartend behandelt. Die relativ oft folgende aseptische Erweichung der Gehirnsubstanz kann fortschreitenden Charakter annehmen (Hotz). Ein Gehirnprolaps wird über der Dura abgetragen, die Hirnwunde unter allen Umständen teilweise offen gehalten, bei Verdacht einer Infektion und bei infektiöser Enzephalitis die Dura- und Knochenwunde eventuell erweitert und dräniert.

Drei Steckschüsse mit tiefsitzendem Projektil hat Gebele konservativ behandelt.

In dem einen Fall (Röntgenbefund: Infanteriegeschoß intrakraniell im rechten Hinterhauptslappen nahe der Falx cerebri; Spitze des Geschosses nach der Mitte abwärts gerichtet; Splitter in der Sella turcica und nach hinten oben vom Türkensattel) mit sensorischer Aphasie und Alexie (für Worte) sowie Beharren bei einmal gelungenen Perzeptionen, war bei der Entlassung bei der Unterhaltung mit dem Patienten kaum mehr eine Ausfallserscheinung zu bemerken, die Sprache ohne nennenswerte Abweichung von der Norm.

Bei Durchschüssen soll man mit der Operation, weite Öffnung des Schädels am Ein- und Ausschuß, Freilegung des Abszesses oder des Erweichungsherdes und Dränage, nicht zögern, wenn Zeichen von Hirndruck oder infektiöser Encephalitis auftreten.

Es ist nicht immer möglich, aus allgemeiner Beschaffenheit der Wunde und Befinden des Kranken ein sicheres Urteil über die Ausdehnung der Verletzung zu gewinnen. Oftmals wiesen leicht erscheinende Tangentialschüsse bei der Operation ganz enorm ausgedehnte Verletzungen des Gehirns auf und große Knochensplitter tief in der Gehirnmasse.

W. B. Müller-Berlin (Verletzungen des Gehirns und deren chirurgische Behandlung; Arch. f. kl. Chir. Bd. 107 H. 1) hat daher von Anfang an bei jedem Schuß am Schädel die Wunde erweitert, oder die beiden Wunden durch einen Schnitt vereinigt und breit den darunter liegenden Knochen freigelegt. Es fand sich immer eine größere Verletzung des Knochens, als anzunehmen war.

Er rät im allgemeinen, alle diese Operationen in Narkose vorzunehmen, weil sie ein intensiveres



Untersuchen der Wunde und zugleich ein ausgedehntes Operieren ermöglicht. Er versucht gar nicht erst einen Schädelschuß ohne Narkose zu untersuchen, falls nicht der Verletzte vollkommen benommen ist. Bei allen Gehirnoperationen ist er mit Äther allein ausgekommen. Bei allen Gehirnoperationen braucht man nur eine vollkommene Betäubung einzuleiten und von dem Moment, wo man am Gehirn selbst operiert, nur ganz geringe Mengen von Narkotikum zur dauernden Unterhaltung der Narkose zu verwenden. Während der Operation am Gehirn selbst wird wenig oder kein Narkotikum verabreicht.

Die Erfolge waren hinsichtlich Wundheilung ganz hervorragend. Nur in einem Falle trat akute Meningitis direkt nach der Operation auf. Die Meningen werden mit einer bestimmten Menge von Bakterien bestimmter Art und Virulenz fertig und bilden um die Wunde herum einen Schutzwall gegen das weitere Vordringen der Bakterien, ähnlich dem Peritoneum. Deshalb ist Müller in die Meningen selbst nicht weiter eingedrungen und hat vermieden, dieselben weit in der Umgebung der Wunde zu spalten.

Lähmungen, welche nach vier bis fünf Monaten nicht gebessert sind, gehen nicht mehr zurück.

Erweichungsherde und Abszesse nach den Gehirnverletzungen können noch nach langer Zeit auftreten, und zwar auch infolge von Blutergüssen, welche ohne direkte Verletzung des Gehirns entstanden sind. Alle Splitter und Projektile sind daher sorgfältig zu beseitigen und etwa vorhandene subdurale oder intrazerebrale Blutergüsse zu eröffnen. „Die Erweichungsherde führten in allen unseren Fällen nach einiger Zeit ad exitum, und zwar entweder infolge Infektion der Basilarmeningen oder infolge Durchbruchs in den Ventrikel." „Es ist bei einer längeren offenen Behandlung eine Infektion des Erweichungsherdes, falls er nicht schon vorher infiziert war, kaum oder nur sehr schwer zu vermeiden, namentlich wenn die Ausheilung nicht rasch vor sich geht. Außerdem ist das Fortschreiten durch die weiche Hirnmasse stark begünstigt."

Einen Tangentialschuß mit Knochenverletzung ohne Verletzung des Gehirns erkennt Müller nicht an. Die Tabula interna des Schädels springt und zersplittert viel stärker und ausgiebiger als die Tabula externa, die bisweilen nur einige kleine Risse aufweist, ein Umstand, welcher der Trepanation volle Berechtigung gibt. Bei einfachen Weichteilschüssen umschneidet Müller die Wunde in einer Entfernung von $1/2$ bis 1 cm vom Wundrand und entfernt den größten Teil des infizierten gequetschten und zerfetzten Gewebes. Dabei findet sich noch in vielen Fällen eine Verletzung des Knochens, die man vorher nicht glaubte annehmen zu müssen.

Bei Tangentialschüssen waren die benommenen Kranken nicht immer schwerer verletzt als die keine schwereren Symptome darbietenden, und bei der Operation fand man ausgedehnte Zertrümmerung des Knochens und tiefgehende Verletzungen der Gehirnmasse bei anscheinend leicht Verletzten.[2]) „Es stellte sich bei allen unseren Fällen heraus, daß der Symptomenkomplex am Patienten keinen Maßstab in allen Fällen für die Ausdehnung der Verletzung darbietet." Die Wirkung des Geschosses auf den Knochen ist eine so starke, daß große Splitter tief in die Gehirnmasse hineingetrieben werden.

Beim Suchen nach Splittern soll man nicht auf Kosten der Übersichtlichkeit an Knochen sparen.

Die im Gehirn zurückbleibenden Knochensplitter führen zu ernsten Folgezuständen und man soll nach Möglichkeit jeden Splitter entfernen; es treten meist Erweichungsherde um solche Fremdkörper herum auf.

Bei den Steckschüssen des Gehirns soll man nicht nach dem Geschoß suchen, wenn es nicht leicht zu finden ist.

Drei Fälle von Transversalschuß haben außer teilweisen Lähmungen keinerlei Schaden davongetragen.

Direktor Dr. Dingel (ebenda) stellte folgenden Fall aus der Heil- und Pflegeanstalt Steinbach vor: Schuß in die rechte Schläfe und Ausschuß an der linken Stirn. An letzterem entstand eitrige Meningitis, an welcher Patient nach 14 Tagen zugrunde ging. Sektion: Zerstörung im rechten Stirnhirn, hämorrhagischer Erweichungsherd im rechten Okzipitalhirn, als Bluterguß in der Hirnrinde entstanden, vollkommen getrennt durch gesunde Hirnabschnitte von der primären Verletzung im Stirnhirn und somit als Wirkung des durch den Schuß erzeugten Druckes (Contrecoup) im Gehirn innerhalb des Schädels anzusehen.

In einem Fall von Verletzung durch Hufschlag an der rechten Stirnseite mit sehr ausgiebiger Zerstörung des rechten Stirnhirns, in welchem eine Menge zerfetzter Gehirnmasse mit der Schere abgetragen wurde, war Patient nach sechs Wochen soweit wieder hergestellt, daß er herumgehen konnte; er klagte weder über Kopfschmerz noch Schwindel, noch fanden sich Lähmungen oder son-

[2]) Diese Erfahrung ist für die spätere Begutachtung von größter Wichtigkeit.





stige auf zerebrale Läsionen deutende Symptome. Patient berichtete noch nachträglich über sein dauerndes Wohlbefinden.

W. v. Brunn gibt zur Beurteilung der Kopfschüsse (D. m. W. 1915 Nr. 46) folgende Mitteilung:

Sechs Fälle ohne direkte Mitbeteiligung des Hirns wurden operativ behandelt (einmal tiefer Rinnenschuß mit Zerstörung der Kortikalis, aber unverletzter Vitrea; zweimal Sinus sagittalis eröffnet, in den übrigen Fällen die Dura ganz unverletzt); sie sind alle geheilt, bei einem der Sinusverletzten mit Zurückbleiben psychischer Hemmungen.

Zwei Durchschüsse wurden wegen starker Splitterung und Hirnaustritts mit Erfolg operiert; Steckschüsse wurden mehrfach operiert, doch wurde, wenn das Geschoß nicht sogleich zu finden war, nicht unnötig danach gesucht, da das Hirn auf mechanische Insulte allzu leicht mit Enzephalitis antwortet; in tödlich verlaufenen Fällen zeigte die Autopsie fast immer, daß ein Versuch zur Extraktion des Projektils ohne schwere Zerstörung des Hirns nicht möglich gewesen wäre; Tangentialschüsse wurden grundsätzlich operiert, wenn überhaupt noch von einer Spur von Chance die Rede sein konnte.

von Brunn geht bei Hirnschüssen fast überall in der nämlichen Weise vor: „Säuberung und teilweise Exzision der Wundränder, Glättung der Knochenränder und Extraktion der zuweilen ganz gewaltigen Schädelstücke, die ins Hirn oder zwischen das Hirn und den stehengebliebenen Schädelrand eingetrieben sind (Fingertastung!). Zweimal entfernte er Stücke aus der Dicke des ganzen Schädels von beinahe der Größe der Hohlhand mit dem Erfolg der Genesung. Zum Schluß des im Chloräthylrausch stets auszuführenden Eingriffs muß eine deutliche Pulsation des Hirns sichtbar sein. Die Wunde wurde durch lockeres Einlegen von sterilem Mull offen gehalten und stets primäre Deckung durch Kompression der Naht oder Plastik peinlich vermieden, ebenso jede mechanische Schädigung, besonders durch Druck, auf das Hirn, das fast stets zunächst auf den Insult mit Ödem antwortet und dazu des Raumes zur Entfaltung dringend bedarf.

Es ist ein sehr günstiges Zeichen, wenn bald ein Hirnprolaps auftrat und einige Zeit vorhielt: wo der Stiel des Prolapses rings dem Ringe des Schädelspalts anlag, entstanden sehr schnell zarte Verklebungen, die ein Fortwandern von Infektion, Nekrose und Fäulnis nach dem Innern des Schädels verhüteten; wenn sich die nekrotische Hirnschicht auf dem Prolaps abgestoßen hatte, sank das Ganze nicht in die Schädelkapsel zurück, sondern haftete rings am Rand des Knochens und der Dura, und allmählich bedeckte das Ganze sich mit zarter rosafarbener Granulationsbildung als Vorläufer der endgültigen, durch Schrumpfung und Epithelisierung vom Rande her vor sich gehenden Wundheilung."

In allen Fällen wurde Urotropin verabreicht.

Selbst faustgroße und größere Prolapse stießen sich nur zum kleinsten Teil ab und retrahierten sich ganz von selbst im Laufe der fortschreitenden Heilung, ohne daß von Brunn durch besonderen Druckverband hätte nachhelfen müssen, selbst bei handgroßen Schädellücken. An Deckung durch Plastik oder Prothese darf erst nach vollständiger Wundheilung herangegangen werden.

Vom operativen Vorgehen sah von Brunn bei vielen Tangentialschüssen wunderbaren Erfolg, der allerdings nicht selten durch den weiteren Verlauf in Frage gestellt wird.

Wenn das Gehirn alsbald in den Schädel zurücksinkt, ohne Prolapsneigung zu zeigen, mißfarben wird, so ist das ein Zeichen der Enzephalitis, gegen die man nichts machen kann.

Bei Meningitis soll man, sobald die Temperatur zu steigen beginnt, noch ehe schwerere Symptome eintreten, die Lumbalpunktion ausführen, eventuell täglich, womöglich hier und da auch zweimal am Tage. Reichlichen Gebrauch machte von Brunn stets von einer Berieselung der ganzen Wunde mit Wasserstoffsuperoxyd; in einem ganz verzweifelten Fall mit perforiertem Seitenventrikel hat er es täglich einfach hineingegossen: der Kranke ist schließlich genesen.

Bei Hirnschüssen ist täglicher Verbandwechsel, so zart und vorsichtig wie möglich, wenigstens in den ersten Wochen nötig.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Hamburg-Friedrichsberg.** Unser Abteilungsarzt Dr. Otto Pförringer ist am 24. April 1917 hier an schwerer Zerebrospinalerkrankung gestorben. Er war am 26. September 1910 zu uns gekommen nach dreijähriger Tätigkeit bei Cramer in Göttingen, der ihn derart hoch schätzte, daß er bei der Errichtung der Kommission zur Pflege der Standesinteressen seitens unseres deutschen Vereins für Psychiatrie sofort unter allgemeiner



Zustimmung Pförringer als den Vertreter der Assistenzärzte vorschlug. Die auf solche Empfehlung aufgebauten Erwartungen haben sich verwirklicht, Pförringer bewährte sich stets als tüchtiger Arzt mit ausgesprochener psychiatrischer Veranlagung, beliebt bei Kranken, Kollegen und Personal, als eifrigen Leser der Literatur, mit Neigung zu Forschung und Vortrag, sowie als feinsinniger Mensch mit kluger Beobachtung und tiefer Liebe zur Musik. Nach zweijähriger Tätigkeit bekam er die Stelle als Abteilungsarzt mit Beamteneigenschaft. Bald nach Kriegsbeginn ging er als freiwilliger Arzt ins Feld, wo er an einem Typhusrekonvaleszentenheim in Spaa wirkte. Winter 1915/16 entwickelte sich das Leiden, wie berichtet, im Anschluß an einen Sturz vom Pferd, so daß damit wohl eine Auslösung durch Kriegseinfluß anzunehmen ist. Friedrichsberg wird dem vortrefflichen Arzt ein ehrendes Andenken bewahren.

Weygandt.

— Einen Fall von **„Kriegspsychose"** stellte Blume am 12. Februar 1917 in der Berl. Gesellsch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten vor. Die Patientin (jüdisch) erkrankte unmittelbar im Anschluß an die Mobilmachung und den Fortgang des Mannes unter akuter Verstörtheit, Ratlosigkeit, Angst, Verzweiflung. Der Zustand besserte sich. Nach einer Woche Rückfall, und zwar unter erheblicher Verschlimmerung und unter Entwicklung eines katatonischen Zustands. Stupor, Negativismus, Nahrungsverweigerung — wochenlang Sondenfütterung —, Unsauberkeit, Schmieren, eintönigem, stundenlangem Verbigerieren, wochenlangem Mutismus, heftigen, triebhaften Erregungen, Bewegungsstereotypien, Zerreißen und Zerzupfen von Wäsche und Kleidung, höchstgradiger Abmagerung — dies alles, obwohl der Mann ihr sehr häufig Nachrichten sandte und als Dolmetscher in sicherster Lage war. Als die Krankheit den Höhepunkt erreicht hatte und das Leben bedroht war, traf unerwartet der Mann ein. Unter seinem Einfluß Besserung in wenigen Tagen. 60 Pfund Gewichtszunahme. Diagnose: rein reaktive Erkrankung hysterisch-degenerativer Natur. In der Aussprache zu dieser Krankenvorstellung bemerkte Liepmann, daß er bei östlichen Juden besonders oft derartige katatonieähnliche degenerative Zustände gesehen. Bonhöffer stimmte der Diagnose bei. (Nach Neurol. Zentralbl. 1917 S. 251.) B.

— **Der Verein „Krieger- und Volks-Nervenheilanstalt in Deutschböhmen"** hielt am Sonntag, den 4. Februar 1917 vormittags im Spiegelsaale des „Deutschen Hauses" in Prag die gründende Versammlung ab, welche in Stellvertretung des Obmannes Exz. Grafen Erwein Nostiz durch den Abgeordneten Hans Hartl eröffnet und geleitet wurde. Nach Begrüßung der zahlreich Erschienenen ergriff Abg. Hartl zu einem einleitenden Vortrage das Wort, indem er an mehreren Schaubildern den gegenwärtigen Stand unserer gesetzlichen Invalidenfürsorge im Vergleiche mit jener des Deutschen Reiches darlegte und daraus die Größe der Aufgaben ableitete, welche in der nächsten Zukunft auf diesem Gebiete gelöst werden müssen, und die vor allem eine möglichst weitgehende Zurückführung der Kriegsbeschädigten in das Erwerbsleben erfordern. Diesen allgemeinen, mit größtem Beifalle aufgenommenen Ausführungen folgte ein Vortrag des Herrn Universitätsprofessors Dr. Margulies, der die verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems, die sich ergebenden Heilungsmöglichkeiten und Heilverfahren behandelte und die Notwendigkeit einer Anstaltsbehandlung für Kriegs-Nervenkranke eingehend begründete. Unter der Betonung der Unerläßlichkeit rechtzeitiger Vorsorge für die kommende Generation, die zur Erfüllung der ihrer harrenden Aufgaben Nerven von Stahl brauchen wird, wies er unter reichem Beifall auf die stets bewährte Widerstandskraft des tüchtigen deutschböhmischen Volkes und seine beispielgebende Opferwilligkeit hin, die nun in der Nervenheilanstalt ein neues großes Werk schaffen will, dem Volkstum zu Nutz und Ehr, dem Vaterland zur Wehr. Hierauf berichtete Herr Direktor Professor Marschner über die bisherige Tätigkeit des vorbereitenden Ausschusses und teilte unter stürmischem Beifalle der Versammlung mit, daß dank dem hochherzigen Entgegenkommen des auf dem Gebiete der Kriegsfürsorge unermüdlich tätigen Großindustriellen Carl Dittrich in Schönlinde die Erwerbung des Sanatoriums Frankenstein und dadurch die Eröffnung der Krieger-Nervenheilanstalt bereits in nächster Zeit gesichert werden konnte. Herr Karl Dittrich, der auch einen Betrag von 500 000 Kr. für die Erhaltung der Anstalt zugesagt hat, wurde in dankbarer Anerkennung seines opferwilligen Entgegenkommens einstimmig zum Schutzherrn des Vereines ernannt. Bei den hierauf vorgenommenen Wahlen wurden Exz. Graf Erwein Nostiz-Rieneck zum Obmann, Abg. Hans Hartl zum Obmann-Stellvertreter gewählt. Dem aus 30 Mitgliedern bestehenden Ausschusse gehören auch Exz. Graf Clam-Gallas, Magistratsdirektor Dr. Ringelhaan und Handelskammersekretär Karl Kostka an. Über Anregung aus der Versammlung wurde beschlossen, eine ausgreifende Werbetätigkeit in ganz Deutschböhmen zu entfalten, um die für die volle Betriebsführung der Heilanstalt nötigen Mittel rechtzeitig und in ausreichendem Maße bereitstellen zu können. Mit Worten des Dankes an das Präsidium und die Direktion der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt, die im rechten Augenblicke und mit voller Tatkraft die Schaffung der Krieger- und Volks-Nervenheilanstalt anregten und weiterführten, schloß der Vorsitzende die von Vertretern der höchsten amtlichen und außeramtlichen Kreise besuchte Versammlung, deren schöner Verlauf die einmütige Erkenntnis der Notwendigkeit der zu schaffenden Nervenheilanstalt zum Ausdruck brachte.

Referate.

— **The intracranial injection of salvarsanized serum.** Von Drew M. Wardner. Americ. Journ. of Insanity 1916, April.

Von den 14 behandelten Fällen wurden 5 soweit gebessert, daß sie ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten; die Besserung dauerte zur Zeit der Veröffentlichung

7 bis 11 Monate; einer davon hatte nach 11 Monaten einen Rückfall; erneute Behandlung brachte sofort Besserung. Drei wurden soweit gebessert, daß sie beurlaubt werden konnten, drei zeigten deutliche körperliche und geistige Besserung, aber diese ist noch von zu kurzer Dauer. Zwei starben (der eine an Lungenentzündung, bei dem anderen, der halbseitige Krämpfe hatte, fand sich eine große Zyste unter der linken motorischen Rinde; dieser war nach erheblicher Besserung zu Hause gestorben. Zwei Fälle zeigten keine Besserung.

Die Besserung folgte so bald auf die Behandlung, daß zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen sei.

Die Operation sei nicht gefährlich, bei den 102 Injektionen kein unangenehmer Zwischenfall.

Wo Pupillenstörungen existieren, wurde keine Besserung erzielt. Bresler.

Therapeutisches.

— **Wirkt die gleichzeitige Anwendung von Salvarsan und Quecksilber summierend?** Von W. Treupel. Deutsch. med. Wochenschr. 1916 Nr. 29.

Anhaltspunkte für das Entstehen einer Arzneifestigkeit bei gleichzeitiger Anwendung von Salvarsan und Hg lassen sich nicht sicher entdecken. Bei gleichzeitiger Anwendung der beiden Mittel findet eine summierende Wirkung nicht statt.

Diese Feststellung braucht nicht den Ausschluß von Hg zu bedeuten, da genügend Beobachtungen vorliegen, die den Nutzen des Hg neben Salvarsan in manchen Fällen dartun, wenn Hg nach einer vollen Salvarsankur angewendet wird. Auf Grund solcher Beobachtungen werden jetzt in der Universitäts-Hautklinik zu Jena Erfahrungen mit folgender Kuranordnung gesammelt:

„Anwendung reiner Salvarsanbehandlung, bis die W.-R. negativ wird und unter der weiteren Kur negativ bleibt, oder bis zu dem Augenblick, wo der Eindruck besteht, daß sich die Wirksamkeit des Salvarsans in dem betreffenden Fall erschöpft hat; in Gramm Salvarsan ausgedrückt, nicht unter 4 g und durchschnittlich nicht über 6 g Salvarsan, dann eine vollwertige Hg-Mercinol-Kur zehn Wochen hindurch, wöchentlich einmal 0,1 g Hg, daran anschließend wieder Salvarsan, mindestens 3 g, unter Umständen noch wesentlich mehr. Die Höhe der Einzelgaben und der Zeitabstand zwischen den einzelnen Spritzen bleibt derselbe wie bei der einleitenden Kur. — Im ersten Abschnitt der Lues bei negativer und auch im Verlauf der Kur negativ bleibender W.-R. wird hier nach wie vor allein Neusalvarsan angewendet, in einer Gesamthöhe von 2,5 bis 3 g (immer berechnet nach Altsalvarsan). Ist die W.-R. schon zu diesem Zeitpunkt positiv, so verabfolgen wir eine volle Kur, wie bei Lues 2, ist die W.-R. zu Beginn der Kur nur angedeutet positiv und wird sie nach den ersten Einspritzungen ganz negativ, oder tritt erst nach der ersten Spritze eine positive Reaktion ein, aber nur vorübergehend, so geben wir eine abgeschwächte Vollkur."

„Der sicherste Weg zur Vermeidung schwerer Nebenwirkungen des Salvarsans ist, abgesehen von der strengen Beobachtung schon feststehender Gegenanzeigen, die Verwendung kleiner Anfangsgaben und die allmähliche Steigerung der Gaben bei Frauen bis Dosis 4, bei Männern bis Dosis 5.

Durchschnittsgaben bis zu Dosis 3 sind als ungenügend wirksame Salvarsanmengen und daher, allein verabreicht, als nicht unbedenklich zu bezeichnen." B.

Personalnachrichten.

— **Prof. Dr. Eugen Bleuler,** Direktor der psychiatrischen Klinik in Zürich, vollendete am 30. April das sechzigste Lebensjahr. Wir bringen dem hochverdienten Arzt und Forscher unsere herzlichsten Glückwünsche dar. **B.**

— **Privatklinik Hohe Mark** i. Taunus. Dem Besitzer der Privatklinik Hohe Mark i. Taunus, Prof. Dr. A. Friedländer, wurde das österreichische Ehrenzeichen II. Kl. vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration verliehen.

ANHANG.

Fleckfieber.

Nach der neuesten Literatur referiert von Sanitätsrat Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Da Rocha-Lima, H., (Zum Nachweis der Rickettsia Prowazeki bei Fleckfieberkranken; M. m. W. 1917 Nr. 1), der von der Tatsache ausgeht, daß nur die Fleckfieberlaus die Mikroorganismen (Rickettsia Prowazeki-Rocha-Lima) in den Epithelzellen des Magendarmkanals beherbergt, und daß es jederzeit möglich ist, normale Läuse mit diesen Parasiten zu infizieren, wenn sie an Fleckfieberkranken angesetzt werden, und daß zwischen der Rickettsiainfektion der Läuse und der Fähigkeit, das Fleckfieber auf Versuchstiere zu übertragen, ein strenger Parallelismus besteht, betont den Mangel, daß die Rickettsia Prowazeki beim fleckfieberkranken Menschen noch nicht nachgewiesen werden kann, dieser Mangel widerlege aber nicht die absolute Beweiskraft der Läuseexperimente. Züchtung ist bisher nicht gelungen; charakteristische morphologische Merkmale oder spezifisches Verhalten gegenüber besonderen Färbemethoden besitzt die Rickettsia nicht; sie ist nach Form und Größe von Granulationen in Blut und Gewebe nicht zu unterscheiden, auch nicht mit der Romanowsky-Giemsa-Färbung, mittelst welcher die Rickettsia in Schnittpräparaten der Laus sicher festgestellt wird. Da Rocha-Lima



selbst war es, dem der Nachweis der Rickettsia Prowazeki in Schnittpräparaten von infizierten Läusen viele Monate vor jedem anderen Forscher gelungen ist. Auch in Organen, besonders Haut und Hirn, von Fleckfieberleichen, ebenso in Organausstrichen und im Blut von Kranken, fand er vielfach mittelst Romanowsky-Giemsa-Färbung Gebilde, die in Form, Gestalt und Farbe mit der Rickettsia übereinstimmten, aber nicht in solcher Lage und Menge, daß Verwechslung mit Gewebsbestandteilen sicher ausgeschlossen wäre, dasselbe gilt von vor da Rocha-Lima von Prowazek in den Leukozyten, von Ricketts und Wilder, Gavino und Girard und Mc.-Campbel im Blutserum gefundenen Gebilden. Haaser, der in Hautschnitten von Fleckfieberkranken ein Gebilde beschrieb, das er für Rickettsia Prowazeki hielt, hat ein Präparat an da Rocha-Lima zur Ansicht übersandt, der dies für absolut verschieden von Rickettsia Prowazeki erklärte. Da Rocha-Lima bezweifelt auch die Mitteilung Töpfers, welcher „Haufen kleinster Kugeln, Doppelkugeln und Stäbchen" in nach Heidenhain und Levaditi gefärbten Haut- und Organschnitten, „Einschlüsse von sich schlecht färbenden Bakterien in den Ganglienzellen einer Fleckfieberleiche" und diplobazillenartige Gebilde, nicht nur intrazellulär, sondern auch in Bögen, offenbar in Gefäßen, in einem mit Delafields Hämatoxylin gefärbten Hautschnitt gefunden haben will. Diplobazillen- und gonokokkenähnliche Bakterien hat in Schnittpräparaten schon 1909 Rabinowitsch (Arch. f. Hyg.) gefunden; auch in Gefäßen.

Wolff, Br., (Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen bei Fleckfieber; Beitr. z. Kl. d. Infektionskrankh. und zur Immunitätsforschung 1916 Bd. V Heft 6) teilt in einer fleißigen, interessanten Studie auf Grund der Beobachtung von 314 Fällen mit, daß in einzelnen Fällen dem eigentlichen Fieberanstieg an einem oder auch an einigen Tagen geringe Temperatursteigerungen voraufgingen; in anderen Fällen fehlten solche Vorboten. Der eigentliche Fieberanstieg war meist durch ein plötzliches starkes Emporschnellen der Körperwärme gekennzeichnet. Es kommt vor, daß das Fieber dabei sogleich zur vollen Höhe ansteigt. Das Fieber erreicht gewöhnlich aber staffelförmig oder geradlinig aufwärts schreitend, innerhalb einiger Tage, die Kontinua. Die Tagesschwankungen betrugen etwa 0,8° oder weniger.

Der Abstieg — etwa nach 10 bis 13 Tagen — ist am häufigsten staffelförmig innerhalb von etwa 4 Tagen, zuweilen ununterbrochen, gradlinig, wobei die Morgentemperatur höher als die folgende Abendtemperatur und diese höher als die folgende Morgentemperatur ist. Selten ist ein plötzlicher, kritischer Abfall. Die Rekonvaleszenz beginnt zuweilen mit subnormaler Temperatur; erneutes Fieber bedeutet Komplikation oder Nachkrankheit. Ob eigentliche Rezidive vorkommen ist zweifelhaft.

Remissionen des Fiebers, sowohl im Fieberanstieg, als auch in der Mitte der Kontinua (am 7. Krankheitstag) und während des Abstiegs, sind häufig, ebenso Pseudokrisen.

Ausnahmsweise kommen ganz abweichende Fieberkurven vor. Fälle mit typischer Fieberkurve scheinen leichter zu verlaufen, die mit schwerer Benommenheit und Delirien und die tödlich ausgehenden scheinen vorwiegend unregelmäßige Kurven mit Remissionen und Pseudokrisen zu haben, und Kurven mit geringen Tagesschwankungen.

Die Ergebnisse der Pulsuntersuchung stehen im Widerspruch zu der Angabe Wenckebachs, wonach die Pulszahl hoch, meist über 140, die Arterie außerordentlich weich ist, das Fehlen einer relativen Bradykardie geradezu Fleckfieber von Bauchtyphus unterscheidet. In schweren und tödlich verlaufenden Fällen ist die Pulszahl allerdings eine sehr hohe; gewöhnlich aber war die Pulsbeschleunigung so mäßig, daß im Vergleich zur Höhe des Fiebers zuweilen geradezu von relativer Bradykardie beim Fleckfieber gesprochen werden könne. Mit Tobeitz (Diskussionsbemerkung, Münch. med. Wochenschr. 1915 S. 888) hält Wolff eine sehr hohe Pulsfrequenz beim Fleckfieber im allgemeinen für ein Zeichen besonderer Schwere der Erkrankung. Relative Bradykardie spricht nicht unbedingt für Bauchtyphus.

Nach Entfieberung pflegt der Puls (soweit nicht Digitalis nachwirkt) auf eine erstaunlich geringe Zahl herabzugehen, und zwar mehr als in der Rekonvaleszenz nach anderen Krankheiten. In einem Falle wurden 33, dabei regelmäßige Schläge gezählt; die Gefäßspannung war dabei gut. Im übrigen aber bildet Nachlassen und Weichwerden des Pulses ständige Gefahr und muß der Puls dauernd überwacht werden. Selten werden Dikrotie beobachtet.

Blutuntersuchung (in 10 Fällen vorgenommen): In allen 10 Fällen geringe, in einigen ganz außerordentlich geringe Zahl von roten Blutkörperchen zurzeit des Fiebers, teilweise auch noch im Beginn der Rekonvaleszenz; während letzterer Vermehrung derselben. Fast durchweg war der Hämo-



globinwert (Sahli) der roten Blutkörperchen über $^1/_1$ hinaus vermehrt, ähnlich wie bei perniziöser Anämie, als Folge bedeutender Zerstörung von roten Blutkörperchen. Nicht selten ist Ikterus.

In Übereinstimmung mit Angaben von Brauer, Jochmann, R. Gränz und Schürer von Waldheim beobachtete auch Wolff in einigen Fällen Gangrän in unmittelbarem Anschluß an Fleckfieber, als — wahrscheinliche — Folge der Gefäßveränderungen, die E. Fränkel bei Fleckfieber an den Hautgefäßen nachgewiesen hat. Ferner öfter Ödeme und Aszites, teilweise zugleich mit Albuminurie, teils ohne solche, und auch Erkrankung anderer innerer Organe. Hauptsächlich war es Ödem an den Beinen und am Hodensack. Als Ursache kommt die durch Fleckfieber bedingte abnorme Durchlässigkeit der Gefäße in Betracht.

Hinsichtlich Behandlung führt Wolff an: Reichlich Analeptika und Digitalis, bei unruhigen Kranken feuchte kühle Packungen, bei benommenen Kranken mit trockener Zunge und Haut, die Wasserbedürfnis nicht empfinden oder nicht äußern können, reichliche Zufuhr von Flüssigkeit als Getränk oder durch Klistier, letzteres auch als Kaffeeklistier, subkutane Injektion physiologischer Kochsalzlösung, die in manchen Fällen sofort insoweit günstig wirkte, als das Bewußtsein sich aufhellte (Durchspülung und Verdünnung der im Körper kreisenden Toxine). Bei Gangrän und Ödem schien Jodkali günstig.

Sektionen (6 Fälle) ergaben häufig Ekchymosen auf Pleura, Perikard, Darmserosa, Schleimhaut von Kehlkopf und Magen, Serosa des Dickdarms, Kapsel der Milz, in mehreren Fällen Milzschwellung (in zwei Fällen nur kleine Milz bezw. solche von gewöhnlicher Größe), in zwei Fällen Gehirnhyperämie, in allen sechs Fällen Lungenerkrankung (Pneumonie, Bronchopneumonie, Bronchitis).

Die histologische Untersuchung (E. Schwalbe, Rostock) ergab in allen Fällen Gefäßveränderungen in Haut- und Unterhautbindegewebe, zum Teil den von Fränkel (M. m. W. 1915 Nr. 24) beschriebenen entsprechend, analoge Gefäßveränderungen im großen Netz.

Wolff gibt die Möglichkeit der Infektion durch die Luft oder einer Tröpfcheninfektion durch Hustende oder einer Infektion durch Abschuppung zu, sieht aber die Läuse als den im allgemeinen in Betracht kommenden Überträger an. Daher sind auch Kranke und Rekonvaleszenten immer wieder auf Läuse zu untersuchen.

von Höffern, H., und Deschmann, R. (Beobachtungen über Fleckfieber; W. kl. W. 1916 Nr. 26), beobachteten bei 78 Fällen unter anderem allmählichen, selten plötzlichen Beginn mit Schüttelfrost (gegenüber anderen Autoren, die Schüttelfrost nicht für gewöhnlich halten), Ansteigen der Temperatur in den ersten zwei bis drei Tagen von 37,2 bis 37,5° C auf 39 bis 40° C, fünf- bis achttägige Kontinua und zwei- bis dreitägigen Abstieg. Dem Herzen muß ständig besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden. Die Flecken traten zwischen drittem und fünftem Tag auf, und zwar rasch und in großer Verbreitung (nur in zwei Fällen waren sie spärlich), hauptsächlich an Brust, Bauch, Streckseiten der Oberschenkel, Rücken, besonders aber an Rumpfseiten und Unterarmen, seltener an Handrücken, Handflächen, Unterschenkeln, noch seltener im Gesicht. Der Ausschlag besteht aus hirse- bis linsengroßen, rötlich-violetten Flecken, die im Hautniveau liegen, unscharf begrenzt und oft verschwommen sind und auf Fingerdruck nicht schwinden, öfters ineinander fließen, zumeist dicht gedrängt stehen. Manchmal schwindet er schon vor der Entfieberung, manchmal erst nach derselben. In einzelnen Fällen wurde er hämorrhagisch. In manchen Fällen schwand der Ausschlag rasch und schien nur noch ein bis zwei Tage durch die Haut, in anderen langsam unter Verwandlung in bräunliche, gelbliche Flecke. Deutlicheres Sichtbarwerden der Flecke auf der Höhe der Krankheit schien ungünstigen Verlauf zu bedeuten.

In vier Fällen trat wenige Tage nach Entfieberung neuerdings Delirium, Bewußtseinstrübung und Schwindelgefühl für kurze Zeit, bei normaler Temperatur, auf.

„Jeder Fleckfieberkranke schuppt nach der Ent-

fieberung." Auf Grund der Schuppung kann manchmal noch nachträglich unter Berücksichtigung von Fieberkurve, Dauer und Verlauf Flekfieber festgestellt werden. Sie sitzt hauptsächlich am Bauch, besonders an der Spina anterior superior, ist kleienförmig, beginnt 3 bis 6, seltener bis 14 Tage nach Entfieberung und hält verschieden lange an; sie ist mit Juckgefühl verbunden. Auffallend ist das Zittern der Zunge. Die Milz ist oft leicht vergrößert, selten fühlbar. Mehrmals bestand Schwerhörigkeit, sehr oft Herpes labialis. Komplikationen waren nur selten, und zwar Bronchopneumonien, Albuminurie, zweimal Otitis, je einmal Erysipel, Gangrän des Fußes, Parese der rechten oberen Extremität und Neuritis.

A. Baumgarten-Triest (Die künstliche Stauung als diagnostisches und differentialdiagnostisches Hilfsmittel beim Fleckfieber; M. m. W. 1916 Nr. 2) hat schon 1914 im Juni bei Fleckfieberkranken bei künstlicher Stauung die von Dietsch (M. m. W. 1915 Nr. 36) beschriebenen Veränderungen im ersten und zweiten Stadium des Ausschlags wahrgenommen, ja sogar nach zwei bis drei Minuten dauernder Einwirkung der Kalikotbinde unzählige punktförmige Hautblutungen (Petechien) an der Haut der Extremitäten, welche die Zahl der sichtbaren Roseolen weit übertrafen, namentlich an der Ellenbogenbeuge. Diese Blutungen blieben nach Abnahme der Stauungsbinde bestehen und verfärbten sich in den nächsten Tagen bläulich, später bräunlich. Beim Bauchtyphus traten sie nicht auf, dagegen in einem Fall von hämorrhagischen Morbillen.

(Fortsetzung folgt.)

Wenn uns auch die leibliche Nahrung hier und da etwas knapp werden will, der Quell der geistigen fließt noch immer in unverminderter Stärke. Es ist das gleichzeitig ein erfreulicher Beweis dafür, wie regsam und widerstandsfähig unser Volk noch ist, und in eben dem Maße, wie die geistige Produktion in der Anlehnung an die große Zeit wächst, ist auch die Nachfrage darnach eine beständig steigende. Gar mancher, der früher seine Zerstreuungen außerhalb suchte, hat sich enger an sein



Heim angeschlossen und sucht nun Unterhaltung bei einem guten Buch oder einer hübschen Zeitschrift. An letzteren ist wohl kein Mangel, und doch bieten nur wenige gerade das, was der Leser wünscht. Es sei deshalb an dieser Stelle wiederholt auf die Meggendorfer-Blätter hingewiesen, die in ihrer Vielseitigkeit dem Leser sozusagen ein vollwertiges geistiges Mahl vorsetzen. Ernst und Humor wechseln angenehm ab und tragen in ihrer Gediegenheit jeder Stimmung Rechnung. Die Kriegschronik ist ein getreuer Spiegel der bewegten Zeit und wird selbst dem Miesmacher ein Lächeln der Befriedigung abringen. Hoch über den alltäglichen, sonstigen Erzeugnissen steht der künstlerische Teil, der in farbenprächtiger, sowie schwarzer Wiedergabe hochwertiger Originale vollendetes leistet und manch lustigen Gedanken durch den Stift des Zeichners festhält. Die Meggendorfer-Blätter sind so recht der Freund häuslicher Mußestunden, liebenswürdig, anregend und immer unterhaltend. Es wird niemand gereuen, einmal einen der hübsch und geschmackvoll ausgestatteten Probebände zur Hand zu nehmen, die von dem Verlag, München, Perusastraße 5, zum Preise von 70 Pf. einschließlich Porto zu beziehen sind; einzelne Nummern sind in jeder Buchhandlung und in jedem Zeitungsgeschäft zu haben, in das Abonnement kann man jederzeit eintreten und dasselbe nach Belieben auf einen Monat oder länger ausdehnen. Wer aber den Meggendorfern einmal Freund geworden ist, wird es auch gerne bleiben.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 9/10. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. **Kreuser**, Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing bei München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 9/10. 26. Mai **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

A. Chirurgischer Teil. (Fortsetzung.)

Nach Wilms (Heidelberg), Richtlinien in der Behandlung der Schädeltangentialschüsse (M. m. W. 1915 Nr. 42), dürfte die Notwendigkeit der Frühoperation bei diesen Schädelverletzungen außer Frage stehen, da bei fast jedem Tangentialschuß mit Knochenverletzung Haare, kleinere Fremdkörper und Knochensplitter mehr oder weniger tief in das Gehirn hineingefahren sind und gleichzeitig das Gehirn im Bereich des Schußkanals zertrümmert und erweicht ist. Zwar können Knochensplitter im Gehirn aseptisch einheilen, jedoch empfiehlt Wilms, die 1 bis 1 ½ cm tiefer gelegenen Stücke herauszuholen, da sie bei weiter gehender Gehirnerweichung und Infektion Veranlassung zur Abszeßbildung geben können, besonders soweit sie im Bereich der erweichten Hirnpartien liegen. Die Geschoßfurche ist so stark zu erweitern, daß die Erweichungszone des Gehirns frei zutage liegt. Bei Spülung mit Kochsalzlösung und auch bei Anwendung des Löffels erkennt man, wieviel Gehirnmasse erweicht ist, und kann den Hauptteil gleich primär entfernen.

Gefahr, Meningitis hervorzurufen, ist nach Wilms' Erfahrung gering. Zur Vermeidung weiterer Infektion legt er einen Gazestreifen, in Perubalsam getränkt, direkt auf das freiliegende Gehirn.

Bei Frühoperation ist gegenüber einem Eingriffe am zweiten Tage oder später das Hirn meist nur lokal durch die Verletzung geschädigt und besteht noch nicht Erhöhung des Innendrucks durch diffuses reaktives Ödem, wie es bei jedem Trauma des Gehirns zustande kommt, und das die Schußöffnung des Schädels verschließt und durch Hinausdrängung von Gehirnmasse, sowohl zertrümmerter wie nicht zertrümmerter, nach außen, den Prolaps bildet, die Entlerung der erweichten Hirnpartien samt Fremdkörper und Knochenstückchen verhindert. Bei Operation am zweiten oder dritten Tage muß man, um dem Exsudat genügenden Abfluß zu verschaffen. die Schädelschußfurche meist stärker erweitern, auch sind die erweichten Hirnmassen von dem ödematös veränderten Hirn schwer zu unterscheiden und der entstehende Prolaps ist viel stärker.

Ein zu dem reaktiven, nicht entzündlichen Ödem durch Infektion hinzutretendes entzündliches Ödem schließt durch Hineindrängen des ödematösen Gehirns in die Schädelfurche die entzündlichen Produkte innerhalb des Gehirns ab und gibt Anlaß zu Entwicklung von Erweichungsherden und Abszessen. Außer stärkerer Erweiterung der Schußrinne, Entfernung der Knochen, der Fremdkörper und der erweichten Hirnmassen ist dann auch noch allen entzündlichen Sekreten nach außen Abfluß zu verschaffen.

Die Frühoperation ist stets unter Lokalanästhesie auszuführen.

Wilms unterscheidet einen ungefährlichen ein-



fachen und einen gefährlichen komplizierten Prolaps, ersteren als Folge eines einfachen Ödems und dadurch bedingter Raumbeengung im Schädelinnern (meist gute Pulsation, keine Kopfschmerzen, keine Pulsveränderung, höchstens lokale Schäden) — letzteren als den, welcher tiefer liegenden Erweichungsherden und Abszessen den Abfluß nach außen verlegt (Pulsation meist weniger deutlich, Kopfschmerzen, leichte Fiebersteigerungen, Unruhe, also das Bild des Hirnabszesses). Beide erheischen verschiedene Behandlung. Pulsverlangsamung ist nicht die Regel bei Hirnabszessen mit und ohne Prolaps. Mit dem Abwarten bis zur Pulsverlangsamung wird die beste Zeit versäumt zur Operation des Hirnabszesses. Der Hirnabszeß wirkt einschmelzend, wodurch die durch die Entzündung an sich bedingte Raumbeengung im Schädel weniger sich entwickelt.

Der ungefährliche Prolaps, bis Walnußgröße oder auch klein Apfelgröße, geht meist ohne jede Behandlung zurück; Abtragen empfiehlt Wilms nicht. Bei gefährlichem Prolaps muß Eröffnung und Ableitung des oder der Abszesse so bald als möglich vorgenommen werden.

Wilms rät, abgesehen von Ausnahmefällen, z. B. bei tief gelegenen Abszessen, davon ab, einen Abszeß vorher durch Punktion festzustellen, da ebenso oft, wie ein Abszeß mit der Nadel gefunden wird, durch die Anwendung der Nadel neue Infektionskeime in der Tiefe gesetzt werden, besonders wenn durch die äußere granulierende Wundfläche, ohne daß sie vorher kauterisiert ist, durchpunktiert wird, aber auch wenn die Nadel den Rand des Abszesses nur streift. Auch kann neue Infektion an anderer Stelle durch die Nadel erfolgen, wenn durch Hirnmasse, die über dem Abszeß sitzt, die Nadel sich verstopft hat und man mitten durch den Abszeß die Nadel führt, ohne zu wissen, daß man den Herd schon erreicht hat. Abszesse müssen durch Inzision gesucht werden, wozu sich die bei den Tangentialschüssen auftretenden, meist nur wenige Millimeter unter der Oberfläche liegenden Abszesse besonders eignen.

Bei der Dränage der Abszesse, zu der man auch glatte Streifchen von Protektivsilk oder Billrothbatist verwendet, wird das Dränrohr unbeweglich fixiert, indem man es kreuzweise mit dünnem Eisendraht durchsticht, der dann an der Kopfoberfläche durch Naht oder Heftpflaster befestigt wird. Zur besseren Entleerung des Abszesses Berieselung mit NaCl-Lösung. Zum freien Abfluß der Abszesse bei Tangentialschüssen soll man lieber von der Decke des Eiterherdes ein Stück exzidieren, sonst schließt sich die Öffnung für das Dränrohr früher, als der Abszeß durch langsame Gliawucherung zum Verschluß gebracht wird. Vorzeitiger Verschluß einer Abszeßhöhle ist verantwortlich für viele oft nur unter leichtem Kopfschmerz einhergehende Spätstörungen, selbst mit tödlichem Ausgang, bei operierten Hirnabszessen fast immer durch Verhaltungen im Gebiet des Eiterherdes, die durch breite Exzision, nicht Inzision, der Haut- und Weichteilnarbe mit freiem Abfluß des Sekretes völlig geheilt wurden.

Bei starkem Hirnödem, sowohl wenn schon bei der Erweiterung der Tangentialschüsse das Gehirn unter großem Druck hervorquillt, als auch wenn einige Tage nach der Operation ein schnell wachsender Prolaps Druckerhöhung im Schädelinnern erkennen läßt, ist durch breite Eröffnung am Schädel dem ödematös geschwollenen Gehirn Spielraum zu geben und meistens gleichzeitig der oder die Abszesse zu eröffnen und zu entleeren. Wilms hat meist in direkter Nachbarschaft des Schußkanals den Schädel weit eröffnet und zwei- und selbst dreihandtellergroße Stücke entfernt. Der bis dahin stark hervorquellende Prolaps verbreiterte sich in seinem Stiel und fiel zusammen. Durch Gazedränage wurde für den Abfluß des Ödems gesorgt, so erholten sich Fälle, die ohne diese weite Schädelöffnung sicher verloren waren. Um günstige Verhältnisse für den Abfluß herbeizuführen, wurden die Patienten auf die Seite des Abszesses gelegt und das untere Bettende hochgestellt, wenn der Eiterherd am Scheitel lag.

Knöcherne Deckung bei Schädeldefekten kommt erst nach Jahren vollkommenen Wohlbefindens in Betracht, da noch monatelang innerhalb der Narben Veränderungen, Schrumpfungen und Zystenbildungen vor sich gehen und bei etwaigen späteren epileptischen Anfällen die schwierige Frage entsteht, ob die durch den Schuß bedingten Veränderungen die Ursache sind oder die vorgenommene Knochendeckung.

Sick (Zur Diagnose und Therapie der Schädel- und Gehirnschüsse. Unterscheidung der Tangentialschüsse. M. m. W. 1915 Nr. 40) trennt Tangentialschüsse mit oder ohne Duraverletzung, Schädelweichteil- und -knochenschüsse einerseits, andererseits Gehirnrinnen- und -durchschüsse; diesen schließen sich an die (stets matten) Steckschüsse, zwischen beiden stehen die Prellschüsse, welche in seltenen Fällen gefährliche Depressionen des Schädeldachs und Blutergüsse mit nachfolgender Erweichung des Gehirns machen.

Tangentiale Verletzungen mit harmlos aussehender Weichteilverletzung, aber schwerer Knochensplitterung und Eintreibung von Splittern



und Fremdkörpern in das ohnedem schon durch die explosive Wirkung des Schusses schwergeschädigte Gehirn sind zu operieren.

Von diesen Gehirnrinnen- und flachen Durchschüssen unterscheidet Sick klinisch und lokal eine große Gruppe von Verletzungen durch Infanteriefernschuß, abgeschwächte Querschläger oder Granatsplitter, wenn nicht nur Weichteile und Knochen, sondern auch Dura und ganz oberflächliche Teile der Gehirnrinde durchpflügt sind, ein rundliches, längliches oder rinnenförmiges Loch mit ziemlich glatten Rändern im Schädeldach vorhanden ist und die Knochensplitter ziemlich vollständig in tangentialer Richtung gleich mitgenommen sind — typische Mattverletzungen, darunter auch Granatsteckschüsse.

Bei dieser „Trepanation durch das Geschoß" finden sich nicht selten größere und kleinere Sprünge in der Umgebung des Defekts; nach geringer Erweiterung der Weichteilwunden in Lokalanästhesie zur Übersicht des Loches im Schädel Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze und Tupfereinlage.

Unentbehrlich für die Beurteilung dieser Verletzungen ist der Röntgenapparat. Dem geübten Chirurgen werden durch den Röntgenapparat halbe Operationen, wie Beseitigung nur eines kleinen Teils der Splitter, Verkennung eines Steckschusses, vermieden, ebenso Spät- und Nachoperationen.

Die diagnostische Inzision eines matten Rinnenschusses ist stets zu rechtfertigen.

Am vorsichtigsten muß man mit diagnostischer Trepanation und Verfolgen von meist harmlosen Sprüngen unter unverletzter Galea bei Rinnenschüssen in der Nähe der Zentralfurchen sein wegen Gefahr von Narben- und Zystenbildung, Spätabszeß, Hydrozephalus und Epilepsie.

Sick betont, „daß wir eine größere Reihe von Schädel- und selbst von Gehirnschüssen operativ kaum anzugreifen brauchen und damit das Heer späterer. Schädigungen, das wir nun alle anmarschieren sehen, bei diesen Fällen mit größerer Wahrscheinlichkeit vermeiden. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir auf diesem Gebiet mit der geforderten Frühoperation, d. h. der Trepanation, nicht wie an anderen Stellen eine glatte Restitutio ad integrum erreichen können, sondern diesen Kopfverletzten nicht selten sicher schaden, ohne damit auch ihnen selbst oder der Gesamtheit, wie bei der grundsätzlichen Appendizitisfrühoperation, einen Nutzen zu bringen. Diesem höchstorganisierten Gewebe gegenüber, dessen Regenerationsfähigkeit aber auch gleich Null ist, so daß noch der zarteste Eingriff zerstörend wirkt, ist ganz gewiß eine größere Zurückhaltung am Platze, als wir es so häufig beobachten konnten und selbst wohl getan haben."

Tangentialschüsse — als Sammelname gemeint — seien zunächst nur zur Diagnose zu inzidieren, um die Weichteil- und reinen Knochenschüsse von Gehirn-Rinnen- und Segmentschüssen, die Mattschüsse von den explosiv wirkenden Nahschüssen sicher unterscheiden zu können. Bei sichtbarer Beschmutzung Exzision der Weichteile und einer kleinen Randzone des Knochendefekts bis zum Erscheinen unverletzter Dura; sonst nur Tamponade mit Jodoformschleier und Mulleinlage (à la Mikulicz) nach Reinigung mit H_2O_2. Keine Naht. Täglicher Verband bis auf die Lage Jodoformmull.

Erst nach Röntgenkontrolle solle die endgültige Versorgung der schweren, das Gehirn mittreffenden Verletzungen vorgenommen werden. In den Grenzfällen, z. B. bei unvermutet schweren Impressionen, sei hierzu bei genauer Beobachtung noch Zeit mit dem Eintritt der geringsten Verschlimmerung irgendeines der bekannten Alarmzeichen. Die einfache Fortdauer der Erscheinungen einer schweren Gehirnkontusion, wie sie auch matte Rinnen- und Streifschüsse öfter zeigen, sei dagegen ebensowenig ein Grund für den Eingriff, wie bei der mit Kontusionssymptomen vergesellschafteten Basisfraktur der Friedensfälle, oder bei matten Steckschüssen mit kleiner Einschußöffnung und tiefer Lage des Fremdkörpers.

Spätabszesse nach Schußverletzungen des Gehirns beschrieben Otto Marburg und Egon Ranzi (Neurol. Ztbl. 1915 Nr. 15). Sie charakterisieren sich klinisch dadurch, daß die durch das Trauma bedingten Erscheinungen sich ganz oder teilweise zurückbilden und nach einem bald längeren, bald kürzeren freien Intervall (4 bis 5 Monate, in einem Fall mehr als 8 Monate nach der Operation oder Verletzung) plötzlich zerebrale Erscheinungen auftreten; anatomisch durch abgekapselte Abszesse, welche lange Zeit latent bleiben und ohne jeden ersichtlichen Grund sich plötzlich manifestieren.

Unter Fieber treten plötzlich auf: Kopfschmerz, Erbrechen, Nackensteifigkeit, Kernig, allgemeine Prostration bei wechselndem Sensorium und meist akzeleriertem, dem Fieber entsprechenden Puls. Meningitisch bedingte Lähmungen von Hirnnerven fehlen. Vorhandene Lokalsymptome, Hemiplegie, Aphasie oder ähnliches werden stärker.

„Der oft nur kleine Abszeß steht durch eine häufig kaum merkbare Lücke mit den Ventrikeln in Verbindung. Es tritt ein Pyozephalus auf; der Eiter ergießt sich dann durch das Foramen Magendi zu-



nächst in die Meningen des Hirnstamms und von da auf die Hemisphären. Am meisten findet sich der Eiter in der hinteren Arachnoidealzysterne, und so erklärt sich wohl auch durch die enge Mitbeteiligung des 4. Ventrikels der rasche Exitus." Für den therapeutischen Eingriff ist es daher häufig zu spät. Spinalpunktion ergab Meningitis.

In einem mitgeteilten Falle wurde durch frühzeitigen Eingriff Heilung herbeigeführt.

Man kann also bei Abszessen, die sekundär nach Verletzung oder Operation entstehen, durch einen relativ frühen Eingriff die Propagation verhüten. Jeder Schädelverletzte muß viele Monate in Beobachtung bleiben; bei den ersten Zeichen zerebraler Reizung und leichter Temperatursteigerung ist sofort die Punktion der Narbe vorzunehmen. Bei Eiter breite Inzision und Dauerdränage.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Über Wesen und Tragweite der „Dienstbeschädigung" bei nervös und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern.** Referat, erstattet von Geh. Hofrat Prof. Dr. Hoche, Freiburg i. Br., im Reichsausschuß der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. 1916 Bd. 39 H. 6.

Nach Hoche müssen wir damit rechnen, daß die heute noch nicht entferntest übersehbare Belastung des Staatsbeutels mit Militärrenten usw. „ungeheuerliche" Dimensionen annehmen wird; daher die selbstverständliche Verpflichtung aller beteiligten Instanzen, jede erdenkliche Sorgfalt bei allen Erwägungen und Handlungen aufzuwenden, die mit der Invalidenfürsorge im Zusammenhang stehen.

In großer Anzahl werden auch solche Ansprüche auf Kriegsentschädigung zur Anmeldung kommen, die ohne innerliche Berechtigung gutgläubigerweise oder aus unlauteren Motiven heraus von der Teilnahme am Kriege abgeleitet werden sollen.

Für das Großherzogtum Baden ergibt sich für das letzte Friedensjahr und das erste Kriegsjahr, daß die Zahl der geisteskranken Frauen, die anstaltsbedürftig wurden, entgegen den psychologischen Laienerwartungen, im Kriege nicht gewachsen ist.[1]) Für die Männer ist die Zahl der Geisteskranken aus der Zivilbevölkerung um ein Drittel geringer als im Frieden. Wenn, wie H. aus privaten Feststellungen schließt, in Baden mindestens jeder sechste Einwohner, also jeder dritte Mann in irgendeiner Form im Felde steht, so würde in auffallender Übereinstimmung genau derjenige Bruchteil von Erkrankungen ausgefallen sein, der prozentual auf die im Felde stehende Mannschaft zu rechnen ist.

Durch Umfrage bei einer großen Anzahl von Aufnahmeanstalten in Deutschland hat H. festgestellt, daß im Durchschnitt ein Drittel der männlichen Aufnahmen aus der Zivilbevölkerung ausgeblieben ist, bei starken lokal bedingten Schwankungen.

Auf dem Wege der Schätzung kommt H. zu dem Ergebnis, daß, wenn wir Frieden behalten hätten, von der Gesamtzahl der jetzt im Felde stehenden Männer monatlich etwa 1000 wegen Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt aufgenommen worden wären.

Eine sehr große Anzahl von Fällen von Psychosen entfällt also schicksalsmäßig auf die Summe der Angehörigen des Feldheeres, ganz gleichgültig, ob Frieden oder Krieg sein mag, und eine sehr große Anzahl im Kriege entstandener Geistesstörungen ist nicht auf den Einfluß des Krieges zu beziehen.

Bei Erkrankung eines gemeinen Soldaten an einer länger dauernden, als Dienstbeschädigung anerkannten Psychose würde diesem Geschädigten neben der bürgerlichen Invalidenrente zustehen: 1. die allgemeine Militärrente von jährlich 540 M, 2. die Kriegszulage von 180 M und 3. im Falle der Anstaltsbedürftigkeit die einfache, eventuell die doppelte Verstümmelungszulage im Betrage von 648 M, jährlich zusammen also die Summe von 1044 oder bis zu 1368 M. Nehmen wir, sehr knapp gerechnet, nur 10 000 Fälle dieser Art, so würden wir schon auf einen Jahresaufwand von 10 bis 13 Millionen Mark allein auf diese relativ kleine Kategorie von Kriegsbeschädigten kommen, oder je nach der Art der Erledigung dieser Kategorie von Entschädigungsansprüchen auf einen Bruchteil dieser Summe.

Bei allzu bereitwilliger Anerkennung der Dienstbeschädigung bei Geisteskrankheiten, abgesehen von dem erhöhten Aufwande für den einzelnen Fall, würde eine innerlich nicht berechtigte Verschiebung der Belastung von Gemeinden, Provinzen usw. auf den Reichsmilitärfiskus stattfinden.

Ein Zusammenhang ist nicht schon dann anzunehmen, wenn man ihn nur soweit statuieren kann, daß das Gegenteil nicht beweisbar ist. Die Denkmöglichkeit eines Zusammenhanges darf nicht genügen. Es muß ein erhöhtes Maß von Wahrscheinlichkeit vorhanden sein.

Bezüglich der im Kriege entstandenen funktionellen traumatischen Nervenerkrankungen bestehe aller Anlaß zu der Sorge, daß die Militärpensionsgesetze auf bestimmte Arten von Kriegsteilnehmern dieselben üblen, finanziell und sozial weittragenden Einflüsse ausüben werden, wie das Unfallversicherungsgesetz auf die bürgerliche arbeitende Bevölkerung, durch welches eine

[1]) Vergl. hierzu das Ergebnis einer Umfrage über die angebliche Zunahme der Geistesstörungen in der Zivilbevölkerung im Jahrgang 1915 dieser Zeitschrift.



bis dahin wenig bekannte und seltene Erkrankungsform nervöser Art zu einem häufigen Vorkommnis gemacht, „geradezu gezüchtet" wurde.

Unter dem Sammelnamen der traumatischen Neurose faßt man nach H. auch eine besondere Gruppe von Nervenstörungen zusammen, die sich an Unfälle anschließen, keinerlei anatomische Veränderungen des Nervensystems zur Grundlage haben, grundsätzlich heilbar sind, aber nicht zur Heilung gelangen, weil und solange „das Gesetz eine Prämie auf das Kranksein verleiht", die Rentenneurose, Rentenhysterie usw.

Reine Simulation ist verhältnismäßig selten, am meisten noch kommt vor Simulation des ursächlichen Zusammenhanges, d. h. fälschlicher Zurückbeziehung irgendeines Krankheitszustandes auf irgendeinen damit nicht in Verbindung stehenden Unfall.

Das häufige Vorkommen von Übertreibung der Beschwerden sollte nicht Anlaß zu einer allzu heftigen Entrüstung sein, da das durchschnittliche menschliche Verpflichtungsgefühl gegenüber unpersönlichen Instanzen gering zu sein pflegt (Verschweigen zollpflichtiger Dinge an der Grenze, falsche Steuerdeklaration usw.). Entschädigungsberechtigte kommen leicht dahin, zu ihren Beschwerden soviel hinzuzuaddieren, als sie annehmen, daß die Gegenseite abziehen wird.

Bei der Entstehung der traumatischen Neurose entwickeln sich auch ohne bewußte Absicht des Entschädigungsberechtigten selbständig aus den eigenen Voraussetzungen der Sache heraus krankhafte chronische Zustände, die nach Lage der heutigen Gesetzgebung zweifellos entschädigungspflichtig sind, größtenteils aber, wenn das Gesetz nicht wäre, oder wenn sie keine Entschädigung erhielten, ausheilen würden.

Es besteht nach Hoche „dringende Gefahr", daß wir alle diese dem Neurologen aus dem Frieden wohlbekannten schlimmen Erscheinungen als eine Wirkung der Militärpensionsgesetze in größtem Maßstab erleben werden.

Es gehe nicht an, mit etwaigen Abhilfeversuchen zu warten, bis das Übel für jedermann greifbar geworden sei. Was geschehen soll, müsse geschehen, „ehe mit dem Moment der Heimkehr der Feldzugsteilnehmer die große Woge der Entschädigungsansprüche über die zuständigen Instanzen hereinbricht". Auch müsse man „in jedem Falle" nach der Heimkehr der Krieger mit einer vielleicht regionär verschiedenen, aber „im ganzen doch bedenklichen Arbeitslosigkeit" rechnen. Auf diesem Boden wird der Gedanke an die Möglichkeit einer Militärrente verlockende Gestalt annehmen.

Die draußen durch Gefahr und Gemeinsamkeitserlebnisse erzeugte „gehobene Stimmungslage" werde in der zunächst grau erscheinenden Friedensarbeit nicht vorhalten; nach der relativen „Ungebundenheit des Lebens im Freien" werde die Tätigkeit in Bureau und Werkstätte an sich schon geeignet sein, nervöse Mißempfindungen zu erzeugen.

Es sei zu erwarten, daß „fast jeder", der aus einem so langen Kriege, namentlich aus den Winterfeldzügen, heimkehrt, tatsächlich mindestens kleinere reelle Beschwerden mit nach Hause bringen wird.

Man könne sich den Umfang der Wirkungen dieser Kategorie von Entschädigungsansprüchen bei leichteren oder mittelschweren Störungen „gar nicht hoch genug" vorstellen. Wenn von 8 Millionen Feldsoldaten nur jeder 20. derartige in sich zweifelhafte, aber nach Lage der Gesetzgebung berechtigte Ansprüche erhebe, so würde man auf 400 000 Gesuchsteller kommen. Wenn man jeden mit einer mittleren Rente (einschließlich Kriegszulage) von 400 bis 500 M jährlich entschädige, so käme man schon auf eine Jahresrentensumme von 160 bis 200 Millionen Mark.

Es sei für die Finanzlage in Deutschland nicht gleichgültig, ob wir einen solchen Posten „vermeidbarer Luxusausgaben" alljährlich aufzubringen haben oder nicht.

Außerdem findet ein großer Teil dieses Typus von Rentenempfängern den Weg zur regelmäßigen Arbeit nicht wieder.

Das schließliche subjektive Schicksal der nervösen Unfallverletzten wird meist von dem ersten Attest, von der ersten Begutachtung bestimmend beeinflußt.

Man solle den Anspruch auf Entschädigung erst bei 20% Erwerbsunfähigkeit eintreten lassen, was aber nicht zeitgemäß sei.

Möglich sei Abhilfe nur durch eine besondere Schärfung des ärztlichen Verantwortlichkeitsgefühls gegenüber der Allgemeinheit.

Für die wirksamste Maßregel — die Kapitalsabfindung — ist eine gesetzliche Regelung notwendig. Das Kapitalabfindungsgesetz, das zurzeit den Reichstag beschäftigt, berücksichtigt allerdings in der bisherigen Fassung die zu erstrebende Form der Kapitalabfindung nervöser Geschädigter nicht. „Der Gesetzentwurf bezieht sich nur auf solche stabile Fälle, bei denen ‚nach Art des Versorgungsgrundes ein späterer Wegfall der Kriegsversorgung nicht zu erwarten ist'; wir brauchen die Kapitalabfindung gerade für solche Fälle, die bald heilbar sind; der Entwurf kapitalisiert nur die verschiedenen Zulagen, nicht die eigentliche Rente; wir brauchen eine endgültige Erledigung mit Vermeidung der aus der fortlaufenden Rente erwachsenden seelischen Schädlichkeiten; der Gesetzentwurf bewertet die Rente schematisch durch Multiplikation des jährlichen Betrages der Bezüge um das 7- bis 16 fache, je nach dem Lebensalter; wir erstreben eine dem Bedürfnis des Einzelfalles angepaßte, viel niedriger zu greifende Kapitalisierung; nach dem Entwurf kann Kapital auf Antrag gegeben werden; für die Fälle von traumatischer Neurose sollte der Wunsch des Geschädigten selbst nicht bestimmend sein für die Wahl zwischen Rente oder Abfindung; der Entwurf gibt das Kapital zu einem bestimmten Zweck: Erwerb oder Festigung eigenen Grundbesitzes; die Kapitalabfindung Nervöser sollte ohne Zweckbindung, rein um die zur Heilung notwendige seelische Ruhe zu schaffen, gegeben werden."

Die Gruppe des Reichsausschusses, in der dieses Referat erstattet wurde, nahm nach längerer Diskussion, an der sich neben Verwaltungsbeamten, den Vertretern



der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums und des Marineamtes und dem Referenten die Herren Bonhoeffer, Gaupp, Kraepelin, Moeli, Nonne, Stier, Willmanns und Zinn beteiligten, folgende Beschlüsse an:

„1. Der Sonderausschuß für Heilbehandlung hält es im Interesse der einzelnen Kriegsbeschädigten und der allgemeinen Volksgesundheit für dringend notwendig, die Möglichkeit schleunigster endgültiger Erledigung der Entschädigungsansprüche für solche Fälle nervös bedingter Dienstbeschädigung zu schaffen, bei denen diese Erledigung die Heilung herbeizuführen oder zu beschleunigen geeignet ist. Der hierbei neben einer besonders angepaßten Gestalt der Rentenversorgung wirksamste Faktor ist in der Kapitalabfindung zu erblicken.

2. Der Sonderausschuß für Heilbehandlung hält es für erforderlich, daß für die Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung bei Geisteskrankheiten den begutachtenden Instanzen bindende Richtlinien gegeben werden, welche die Erfahrung berücksichtigen, daß ein sehr erheblicher Teil dieser Erkrankungen aus inneren Ursachen und in weitgehendem Maße unabhängig von äußeren Schädigungen sich entwickelt. Das trifft insbesondere zu für die periodischen Geisteskrankheiten, die dem manisch-depressiven Irresein und der sogenannten Dementia praecox zugehörigen Erkrankungen. Auch bei der auf dem Boden der Lues erwachsenen progressiven Paralyse hat sich eine solche Unabhängigkeit von andersartigen äußeren Schädigungen gezeigt. Der Nachweis vorausgegangener durchschnittlicher Kriegsschädigungen kann bei diesen Erkrankungen nicht ohne weiteres als ausreichend zur Begründung eines Entschädigungsanspruches betrachtet werden. Eine Dienstbeschädigung wird vielmehr erst dann anzunehmen sein, wenn die besonderen Umstände des Falles nach Schwere der Schädigungen und nach dem zeitlichen Verhalten des Ausbruchs der Erscheinungen mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang sprechen.

Bei Beurteilung der Frage der Verschlimmerung einer bestehenden Geisteskrankheit ist zu beachten, daß die dem natürlichen Verlaufe entsprechende fortschreitende Tendenz einer geistigen Erkrankung den Tatbestand der Verschlimmerung nicht erfüllt. Erst der Nachweis besonderer Verlaufsverhältnisse und ihrer Abhängigkeit von Kriegsschädigungen rechtfertigt die Annahme einer Verschlimmerung durch den Krieg." B.

— **Über die motorischen Reizerscheinungen bei Kriegsteilnehmern.** Klinische Untersuchungen von Prof. Dr. Siegmund Erben (Wien). Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 36.

1. Die Schüttelneurose, als pseudospastische Parese mit Tremor gleichzeitig von Nonne und Fürstner vor 20 Jahren in die Literatur eingeführt, wahrscheinlich mit dem Tänzerkrampf Bambergers identisch, Oppenheims Myotonoklonia trepidans. In stärker ausgebildeten Fällen ein Wirrsal mannigfacher Zuckungen, die jede Bewegung, besonders das Stehen und Gehen begleiten und infolge des systemlosen Durcheinander von klonischen Stößen sogar hindern. Die raschen und zügellosen Bewegungen erinnern an die Muskeltollheit, welche Kußmaul beim schweren chronischen Merkurialismus gesehen hat und die von Erben bei Hutmachern beschrieben worden ist.

Am sinnfälligsten sind die klonischen Entladungen. Dieselben treffen nicht alle Muskeln. Überwiegend ist die Störung an den unteren Extremitäten und da am häufigsten am Kniestrecker. Gewöhnlich liegt die Ursache des Zitterphänomens bloß im Krampf des Kniestreckers. Niemals sah E. die klonischen Krämpfe in den Muskeln für die Zehen.

Ergreifen die klonischen Zuckungen nur wenige Muskeln, so ist der Einfluß willkürlicher Innervation auf die Zuckungen feststellbar. Sie bahnt die klonischen Krämpfe, letztere werden durch Ermüdung schwächer und durch Ausschaltung des Willens können sie unterdrückt werden. Die Abhängigkeit vom Willen ergibt sich aus dem prompten Sistieren des Zitterns bei solchen Gelenkeinstellungen, die eine aktive Anspannung der zitternden Muskeln ausschließen.

Dagegen vermögen kleine, rasch ausgeführte passive Bewegungen — ein beständiges Hin und Her — ein Gelenk von den anhaltenden unfreiwilligen klonischen Zuckungen vorübergehend zu befreien. Die beruhigende Wirkung der rasch pendelnden, kleinen, passiven Bewegungen liegt in der Unmöglichkeit des Kranken, während dieser raschen Bewegungen noch einen Willensimpuls aufzubringen. Das Ausschalten jeglicher willkürlicher Innervation ist keine selbstverständliche Leistung, gerade diesen Kranken gelingt sie nicht immer.

Diese Kranken beherrschen nicht vollkommen ihre Bewegungsintention, da bei ihnen mehrfache Willensanomalien bestehen. Sie können an ihrem zitternden Glied nicht immer ihren Willen durchsetzen, auch auf Befehl ihn nicht ausschalten.

Um die Ausschaltung des ungefügigen Willens durchzusetzen, z. B. bei Kniestreckerklonus die unbewußte Innervation dieses Muskels auszuschalten, ließ E. in Bauchlage gegen großen Widerstand eine Kniebeugung machen. Jetzt fehlte der Anlaß zu den klonischen Entladungen im Kniestrecker, sie blieben während der angestrengten Kniebeugung aus. So kann für jeden Muskel die Beugungsintention durch die äußerste Inanspruchnahme seines Antagonisten unterdrückt werden.

Bei diesen Kanken ist es unmöglich, etwaige willkürliche Anspannungen in dem scheinbar vollkommen schlaff liegenden Körperteil auszuschließen. Mitunter fängt ein Kranker zu zittern an, ohne ein Glied zu rühren, also ohne willkürliche Bewegung; aber trotzdem sind auch dann „unfreiwillige Willensimpulse" im Spiele, da Ruhe eintrat, sobald E. jede aktive Muskelleistung durch die angeführten Maßnahmen beseitigte.

Die Kloni sistieren im Schlafe.

Das Krankheitsbild enthält außer den klonischen Zuckungen auch unfreiwillige, tonische Kontraktionen. Letztere sind besonders an den Bauchmuskeln vorhanden



und dienen zur Fixation des Beckens und Rumpfes während der Stöße der schüttelnden Beine. Diese Anspannung der Bauchmuskeln erschwert die Atemtätigkeit und bedingt die häufigen Atemzüge der Kranken, gewöhnlich 40 bis 50 Atemzüge in der Minute während des Schüttelparoxysmus. Das Zwerchfell bleibt frei von Zittern oder klonischen Entladungen, was die Röntgenbeobachtung erkennen ließ. Distal vom zitternden Gelenk findet sich keine tonische Starre, vielmehr bleiben die peripheren Gelenke weich und schlotternd. Eine Ausnahme bildet die Krampusneurose; hier zittert das willkürlich gehaltene oder bewegte Gelenk, während gleichzeitig sich an diesen Gelenken wie an den distalen bis in die Zehen hinein schmerzhafte tonische Anspannungen einstellen, die während der Dauer der aktiven Innervation sich erhalten. Nur in solchen Fällen kommen Irradiationen der unfreiwilligen Innervation (Krämpfe) vor. Durch diese Irradiationen kommt es zu einer Störung der aufgetragenen Gelenkshaltung.

Der Gang mit kleinen raschen Schritten ist bei diesen Leuten am häufigsten, da ihnen rasche Bewegungen ungestörter gelingen, während Haltung und langsame Bewegung jedesmal von den unfreiwilligen Zuckungen durchbrochen werden. „Außer durch rasche und kleine Schritte fallen manche Kranke damit auf, daß sie bei jedem Schritt Drehungen des Oberkörpers machen und sich nach vorne geneigt halten. Das sind Hilfsmittel, um sich Beschleunigungen zu verschaffen, welche ihre Kraft ergänzen sollen. Zitterer mit einem Einschlag von Krampusneurose machen beim Gehen gewaltsame und stapfende Schritte. Sie gehen vorgeneigt, als würden sie einen Wagen ziehen. Mit Wucht patschen sie auf den Boden und reißen die Sohlen vom Boden ab, am ganzen Körper steif wie aus Holz. Sie helfen sich durch die gewaltsamen Bewegungen über die tonischen Anspannungen weg." Einer von diesen Kranken ging nach rückwärts besser als nach vorne, er hatte klonische Zuckungen im Psoas, Kniestrecker wie Tibialis anticus.

Faradische Tetanisierung des Nerven, welcher die zitternden Muskeln versorgt, hebt das Zittern prompt, aber nur momentan auf. Faradische Reizung des zitternden Muskels hat gewöhnlich nicht diesen Erfolg. Umbinden des zitternden Muskels oder manuelle Kompression des zugehörigen Nervenstammes bleibt ohne Einfluß. Tiefensensibilität ungestört. Rhomberg negativ. Ataxie fehlt. Im Anfange der Erkrankung mitunter Hörstörungen mit labyrinthärem Charakter. Spontannystagmus fehlt meistens. Der Vestibularapparat verrät auf Kaltwasserirrigation in vielen Fällen erhöhte Ansprechbarkeit. Auch außerhalb des Schüttelparoxysmus, selbst im Schlafe, zählt man gewöhnlich 120 Pulse und darüber. Bald nach dem Einsetzen einer Zitterattacke tritt allgemeiner profuser Schweiß auf und fließt der Schweiß während der ganzen Zeit des Zitterns.

Mit Schüttelneurose Behaftete sind meistens dem Verdachte der Simulation ausgesetzt, zumal die Kranken durch systematische Einschüchterung rasch heilbar sind.

Die von E. ermittelten Eigenschaften der Kloni können zur Objektivierung des Leidens dienen. Zum Nachweis der Echtheit einer Schüttelneurose ist also zu kontrollieren:

„1. Die geräuschvolle Atmung gleich im Anfang der Untersuchung.

2. Den bald auftretenden allgemeinen Schweißausbruch.

3. Das Hervortreten oder die Verstärkung des Zitterns, wenn man die zitternden Muskeln zu einer Aktion verwendet; dann das Abklingen der Zuckungen, wenn die willkürliche Innervation durch entsprechende Gelenkeinstellungen ausgeschaltet ist.

4. Das Abschwächen und Verschwinden des Krampfes bei raschen passiven Bewegungen.

5. Die Variation des Schüttelparoxysmus, je nachdem man die aktiven Bewegungen rasch oder langsam ausführen läßt.

6. Den Unterschied zwischen Haltung und Bewegung.

7. Sind Einschläge von Krampus vorhanden, so werden die bestehende Toni weniger leicht mit Gewalt als durch kleine, passive, kraftlose Bewegungen überwunden.

8. In jedem Falle läßt sich im Schüttelanfall andauernde hochgradige Tachykardie feststellen.

9. Das Zittern und die Stöße lassen sich durch entsprechende Faradisation unterdrücken und gehen sofort bei Unterbrechung des faradischen Tetanus wieder los."

Die angenommene „Bahnung des klonischen Krampfes durch den Willen" läßt sich verringern und selbst beseitigen, vom Kranken selbst durch den Erfolg rascher oder brüsker Bewegungen, die dann nicht mehr durch die unwillkürlichen Stöße gestört sind (instinktives Kompensationsmittel beim Gehen), ärztlich durch die Vermittlung eines emotionellen Zustandes: durch strenge Disziplin in Verbindung mit schmerzhaften Eindrücken (Faradisation) und anhaltender unbehaglicher Lebenshaltung (Isolierung, karge Kost, Ausschluß jeder Lebensfreude) wie durch die Unmöglichkeit, sich diesen peinlichen Momenten zu entziehen. Das Verfahren wird mit „verblüffendem" Erfolge an der Klinik v. Wagner, ebenso bei Professor Redlich geübt. Trotz der leichten Heilbarkeit durch psychischen Einfluß handelt es sich um eine reelle Krankheit. Ebenso ist der Erfolg einer solchen Psychotherapie kein Beweis für das Vorhandensein eines hysterischen Zustandes. „Wenn der übermannende Zahnschmerz bei einer Kieferperiostitis im Zimmer des Zahnarztes infolge des Erwartungsaffektes vorübergehend glatt verschwindet, ist er gleichwohl nicht als hysterisch stigmatisiert. Einem ähnlichen Erwartungsaffekt gelingt die Korrektur des Schüttelkrampfes. Durch diese Analogie suche ich Verständnis für den Heilerfolg bei der Schüttelneurose."

Bresler.

Personalnachrichten.

— **Großschweidnitz.** Oberarzt Dr. Nerlich wurde der Titel Medizinalrat in der IV. Klasse der Hofrangordnung verliehen.



— **Sonnenstein.** Dem Direktor der hiesigen Anstalt, Obermedizinalrat Dr. Ilberg (zurzeit im Felde), wurde Titel und Rang als Geh. Medizinalrat, dem stellvertretenden Direktor, Oberarzt Dr. Nitsche, Titel und Rang als Medizinalrat, dem Oberarzt Dr. Rentsch das Ritterkreuz I. Kl. vom Albrechtsorden verliehen.

ANHANG.

Fleckfieber.

Nach der neuesten Literatur referiert von

Sanitätsrat Dr. **J. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Simecek (Wert der künstlichen Blutstauung als diagnostisches Hilfsmittel bei Fleckfieber; W. kl. W. 1916 Nr. 39) hat bei Fleckfieberkranken das Dietsch-sche Symptom (M. m. W. 1915 Nr. 36) — deutliches Hervortreten des undeutlichen Exanthems in allen seinen drei Stadien nach künstlicher Blutstauung am Arm durch Anlegung eines Gummibandes — ebenfalls beobachtet, und zwar am Arm: fingerwärts von der Umschnürung ein zahlreiches Exanthem mit unzähligen Petechien, die sich teils außerhalb des Exanthems, teils im Zentrum entwickelten. Dieses Exanthem verschwand aber, entgegen der Beobachtung von Dietsch, nicht nach Abnahme des Esmarch-Schlauches; die Hämorrhagien machten das Exanthem länger sichtbar. Kurzdauernde Einwirkung der Bierschen Glocke hatte denselben Erfolg. In Zusammenhang damit steht folgende Beobachtung: Bei einem schweren Fall von Fleckfieber traten nach subkutaner Injektion von 400 ccm Kochsalzlösung mit Zusatz von Tonogen zahlreiche kleine Hämorrhagien, im Zentrum der dunkelblauen Flecken und außerhalb derselben auf an der Vorderseite des Oberschenkels und bis zum Nabel. Die histologische Untersuchung der Hautpartien ergab die von Fränkel bei Fleckfieber gefundenen Veränderungen. Die Hautpartie, auf welche der Flüssigkeitsdruck einwirkte, wurde nekrotisch; es mußte transplantiert werden. Die künstliche Blutstauung ist nicht bloß ein Mittel, die Wiederherstellung der erkrankten Kapillaren der Haut festzustellen, sondern gestattet auch Rückschluß auf den Zustand der inneren Organe; solange sie noch positiv ist, kann der Rekonvaleszent nicht als vollständig gesund erachtet werden. Mit ihr kann man bei septischer zerebrospinaler Meningitis mit zahlreichen Exanthemen und bei epidemischer Genickstarre ein ähnliches Symptom hervorrufen wie bei Fleckfieber, sie verliert also hierbei den diagnostischen Wert.

Tschawoff (Flecktyphus und seine Differentialdiagnose; W. kl. W. 1916 Nr. 26) weist auf den Unterschied zwischen Influenza und Fleckfieber im Beginn: Dort starke und sich bald verstärkende katarrhalische Erscheinungen der Luftwege, Neuralgien und Digestionsstörungen, hier leichter Schnupfen, Bronchitis ohne Herpes labialis (letzteren entgegen anderen Beobachtern), Urtikaria und ähnliche Exantheme, bei Appetitlosigkeit und Obstipation. Wo die Flecken selten oder unklar oder überhaupt nicht zu sehen waren — was selten und zwar bei abgemagerten Personen mit harter, schmieriger, reaktionsloser Haut vorkommt —, hat er die Flecken durch Abwaschung der betreffenden Teile, Abreibung mit Spiritus oder durch künstliche Stauung mit Kalikotbinde hervorgerufen. Nach 2 bis 3 Minuten erschienen unzählige Petechien.

Mühlens (ebenda) weist besonders auf die lallende, zögernde Sprache hin, und daß die Milz nicht immer vorhanden ist.

Nach R. Lipschütz (Klinische und mikroskopische Untersuchungen über Fleckfieber; W. kl. W. 1916 Nr. 18) dauert das Fieber bei typischen Fällen 18 bis 19 Tage und zeigt a) Anstieg bis 38° oder in manchen Fällen gleich am ersten oder zweiten Krankheitstag bis 39° und darüber, worauf am dritten, in manchen Fällen am vierten oder fünften Tage eine rapide Senkung folgt, die bis 36,4° herabgehen kann (Initialfieber), b) einen neuen jähen Anstieg bis 39 oder 40°; die Kontinua bleibt mit geringen Schwankungen etwa zehn Tage bestehen. In typischen Fällen wird in den letzten vier Tagen die Temperatur immer niedriger; staffelweise, oft um 1° tägliche vor sich gehende Entfieberung. Ähnliche Kurve beobachteten Arzt und Kerl (Arch. f. Dermat. 118) an einem Kranken und v. Prowazek (Ätiolog. Untersuchungen usw., s. Literatur-Verz.) an einem mit Fleckfieberblut geimpften Macacus rhesus.

Dem eigentlichen Exanthem können Hautveränderungen vorhergehen (von Arnold beobachtet), ein „Vorexanthem", teils (häufiger) spärliche, zerstreute, an Abdominalroseolen erinnernde, papulöse Effloreszenzen an vorderem Thorax, Rücken und Gliedern, scharf begrenzt; Durchmesser bis 0,5 cm; rot oder hellrot, ohne Hämorrhagien, leicht mit einer im papulösen Stadium befindlichen Eruption eines Blatternexanthems zu verwechseln; teils (seltener) hauptsächlich auf der vorderen und seitlichen Fläche des Rumpfes, über dem Schultergürtel, auf dem Bauche und den Oberarmen bis



über linsengroße, streng in der Hautebene gelegene hellrote, ziemlich scharf begrenzte, ebenfalls keinerlei Petechien aufweisende Flecke (Roseolen); darunter kommen auch vereinzelt papulöse Effloreszenzen vor. Diese Feststellungen waren möglich bei Hausinfektionen, welche möglichst frühe Beobachtung gestatteten.

Auch bei Masern und Pocken sind Initialfieber und Vorexanthem bekannt. Lipschütz rechnet daher das Fleckfieber zu den akuten Exanthemen, Krankheiten mit Virusarten, die entweder mit großer Wahrscheinlichkeit bakteriendichte Filter passieren oder doch zu diesen Erregern nahe Beziehungen aufweisen.

von Prowazek, der verdienstvolle, seinem Forschungsdrang leider zum Opfer gefallene Gelehrte, hatte die von ihm bei Fleckfieber in den polynukleären Leukozythen gefundenen Körperchen für „Strongyloplasmen im Sinne von Lipschütz" gehalten. Lipschütz hat diese Untersuchungen fortgesetzt und unter 23 Kranken bei 18 bestätigt; er hält es aber noch für unentschieden, ob es sich um Strongyloplasmen oder um eigenartige, unter Einfluß des unbekannten Fleckfiebererregers auftretende Formen neutrophiler Granula handelt, und ob sie wenigstens diagnostisch von Bedeutung sind, da er sie auch in einem Fall von Bauchtyphus fand.

Lipschütz (Über die „hämorrhagische Hautreaktion" bei Fleckfieber; Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 26) hatte schon früher bei Hauterkrankungen einen gewissen Dermotropismus nachgewiesen. Später vermochte er auch bei Fleckfieber nach Aderlässen oder längerer Kompression der Vena brachialis punktförmige, oft gruppiert auftretende Hämorrhagien in den Handtellern hervorzurufen. Geschröpfte Hautpartien zeigten hämorrhagische Beschaffenheit, Wunden stark hämorrhagische Umwandlung der Hautränder. Eine rasch wirkende, scharfe Hautritzung erzeugt bei Fleckfieber eine mehr oder weniger ausgesprochene hämorrhagische Zone rings oder längs des Strichs, und zwar innerhalb der ersten Krankheitswoche und meist 24 Stunden nach der Verletzung, und ist in 48 Stunden am stärksten ausgebildet; nach drei Tagen ist das Blut aufgesogen unter Hinterlassung eines mäßigen, schmutzig-bräunlichgelblichen Pigmentfleckes. Die Ursache der hämorrhagischen Hautreaktion liegt in der Erkrankung der kleinen Hautgefäße bei Fleckfieber und wahrscheinlich in herabgesetzter Blutgerinnung. Bei Kindern mit gesundem Gefäßsystem ist die Reaktion geringer. Sie hat jedenfalls eine gewisse diagnostische Bedeutung bei Fleckfieber.

J. Schwoner (Über die hämorrhagische Hautreaktion bei Fleckfieber; W. kl. W. 1916 S. 1432) bestreitet, daß die von Lipschütz (W. kl. W. 1916 Nr. 26) beschriebene hämorrhagische Hautreaktion — die in Hämorrhagien besteht und durch ein Trauma (Skarifikation) erzeugt wird — für Fleckfieber charakteristisch ist, da dieselbe auch bei anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern) beobachtet wird. Wie andere Autoren konnte Schwoner bei Scharlach und Masern sowie bei septischen Prozessen durch ein leichtes Trauma Hautblutungen erzeugen, was nur leichte Zerreißlichkeit und Schädigung der kleinsten Hautgefäße — der Ringmuskelschicht — (wahrscheinlich durch Toxine?) beweist und für keine bestimmte Erkrankung kennzeichnend ist.

Nach B. Lipschütz (W. kl. W. 1916 Nr. 52) kommen bezüglich der hämorrhagischen Hautreaktion Masern nur bei ganz oberflächlicher Untersuchung, Scharlach überhaupt nicht differentialdiagnostisch mit Fleckfieberexanthem in Betracht. Die „hämorrhagische Hautreaktion" bei Fleckfieber ist ein Analogon der auch spontan erfolgenden petechialen Umwandlung der Roseolen, also eines für diese Infektionskrankheit allgemein anerkannten wichtigen Symptoms der Hautveränderungen; immerhin kommt ihr nur die Rolle eines Indizienbeweises, nicht eines absoluten, in der klinischen Symptomatologie zu, solche letzterer Art besitzen wir bei Fleckfieber in klinischer Beziehung noch nicht.

K. Pichler (Die Bedeutungslosigkeit des Brauerschen Radiergummiphänomens; W. kl. W. 1916 Nr. 27) hat das Radiergummisymptom auch wiederholt (nicht regelmäßig) bei Fleckfieber ausgeprägt gesehen, aber auch auf der Haut anderer Fieberkranker, so z. B. sicher festgestellter Typhuskranker, die vorher nicht etwa Fleckfieber hatten, und zwar in ebenso ausgeprägter Weise wie bei letzterem, und ferner bei einer Frau mit Schwangerschaftserbrechen, und er warnt davor, in diesem Symptom ein ausschlaggebendes, ja auch nur ein halbwegs sicheres Zeichen für überstandenes Fleckfieber zu sehen.

Nach W. Zemann (Komplikationen und Erkrankungen im Bereich der oberen Luftwege und des Ohres bei Fleckfieber; W. kl. W. 1916 Nr. 32) beginnt das Fleckfieber fast regelmäßig mit Schnupfen und Halsschmerzen; Anginen, katarrhalische und laku-



näre, fand er in allen frühzeitig beobachteten Fällen oft als die ersten und einzigen Erscheinungen. (In 28 Fällen — er untersuchte 137 Fälle — waren Halsentzündungen der Krankheit vorausgegangen; nach völliger Entfieberung folgte in 2 bis 3 Wochen Fleckfieber. Diese stehen in keinem ätiologischen Zusammenhang mit dem Fleckfieber.) Die Halsentzündung — ein Zeichen der Allgemeininfektion — schwindet meist am Ende der ersten Krankheitswoche.

Ein dem Exanthem entsprechendes Enanthem konnte er in keinem Falle beobachten.

In einem tödlichen Fall bestand nekrotisierende Entzündung des Gaumenzäpfchens und der Tonsillen.

Zemann fand ferner starke Rötung und Schwellung der Nasenschleimhaut mit Auflockerung, Blutungen, schleimig-eitrigem Sekret, in 42 Fällen akute Nebenhöhleneiterungen (36mal Stirnhöhle und Siebbein, 5 mal Kieferhöhle, einmal Keilbeinhöhle). Die häufigen Trigeminusneuralgien sind darauf zurückzuführen. Ursache der Erkrankung der Nebenhöhlen ist wahrscheinlich Mangel der Entfernung der Absonderung bei der Schwerbesinnlichkeit der Kranken. Reinigung der Nase unter Abschwellung der Schleimhaut mit Kokain-Adrenalin heilt bald; nur in vier Fällen wurde die Eiterung chronisch.

Bereits bestehende Empyeme verschlimmerten sich heftig; zweimal war Stirnhöhlenoperation nötig.

Bei fünf Rekonvaleszenten kam es zu ganz heftigem, schwer zu stillenden Nasenbluten, das zu bedeutender Blutarmut führte (dabei keine Komplikationen von seiten der Nieren). Es fanden sich im Nasenrachenraum zahlreiche Ekchymosen; die Blutung erfolgte flächenförmig. Tamponade, Kalziumtherapie brachte in vier Wochen Heilung.

Einmal wurde Nekrose der äußeren Nase beobachtet als Folge höchster Zirkulationsstörung. In einem Fall nekrotischer Zerfall der Schleimhaut im Kehlkopf und beider Aryknorpel.

Häufig sind Tubenkatarrhe. In 68 Fällen lagen Mittelohraffektionen vor, die dem Kranken erst bei der Entfieberung zu Bewußtsein kamen. In allen diesen Fällen handelte es sich um krankhafte Zustände in Nase und Nasenrachenraum. In 24 Fällen kam es zu akuten eitrigen Mittelohrentzündungen mit Perforation des Trommelfells; keine Komplikation von seiten des Warzenfortsatzes. Bei alten chronischen Mittelohrerkrankungen kam es zu erneuter Eiterung. Als einziges Symptom von seiten des inneren Ohrs war, und zwar nur bei wenigen Kranken, Nystagmus während des kontinuierlichen Fiebers wahrzunehmen. Bleibende Störungen von seiten der Hörnerven — wie bei anderen Infektionskrankheiten — kamen nicht vor.

Enantheme — 6 unter 49 Fällen — hat Lehndorff (M. Kl. 1916 Nr. 43) beobachtet an hartem Gaumen, Zäpfchen und Gaumenbögen.

Arneth (Über Fleckfieber und Entlausung; B. kl. W. 1916 Nr. 44) erwägt, ob der Fleckfiebererreger, der sich in den fleckfieberfreien Monaten anscheinend in nichtvirulenter Dauerform erhält, durch Menschen, die ihn nach überstandenem Fleckfieber in diesem Zustand beherbergen, bis zu einer neuen Epidemie beherbergt wird oder durch Läuse, bei denen das Übergehen des Erregers auf die Nachkommenschaft in Betracht kommt, oder ob er außerhalb von Mensch und Laus in Dauerform weiterexistiert, um unter anderen Bedingungen wieder virulent zu werden. Letzteres ist wahrscheinlich, wenn die bei Untergang der Läuse oder mit ihren Se- und Exkreten an die Außenwelt gelangenden Mikroorganismen imstande sein sollten, auch außerhalb der Laus weiterzuexistieren. Nach Wilder (1911) wird durch Einreibung des Darminhalts von infizierten Läusen in kleine Wunden Fleckfieber übertragen; manche Infektionen beim Menschen können nur durch Übertragung aus der Luft erklärt werden, und der Besuch der fleckfieberkranken Bevölkerung in ihren Wohnungen ist nach den gemachten Erfahrungen eine große Gefahr, auch der Aufenthalt auf allgemeinen Stationen mit unerkannten Fleckfieberkranken, im Gegensatz zu dem Aufenthalt in streng geleiteten Fleckfieberstationen. Tägliche Desinfektion und tägliches Bad ist nötig, um etwa am Körper des Kranken noch haftende oder von ihm ausgeschiedene Keime sofort unschädlich zu machen.

Der Fleckfieberausschlag kann auch in den Tagen der Eruption zeitweise im Laufe des Tages mehr weniger zurückgehen, meist vormittags.

In zwei Fällen fehlten die sonst konstanten Kopfschmerzen völlig während des ganzen Verlaufs, in zwei Fällen waren profuse Durchfälle vorhanden. Bei den meisten Kranken war im Beginn eine gewisse relative Pulsverlangsamung vorhanden. In einem Falle dauerte die Kontinua 32 Tage. In zwei Fällen traten vorübergehend zerebrale Atemstörungen (Reizung des Atmungszentrums, tiefe, große Atmung) unter gleichzeitiger Zuckerausscheidung im Harn auf, in einem nur Zuckerausscheidung ohne Atemstörung. Dabei positive Diazoreaktion und Eiweißprobe.

Arneth hält es für notwendig und für das



einfachste und beste, wenn jeder, der in einer Läusegegend ist, täglich mindestens einmal selber seine Kleider peinlich auf Läuse und Nisse durchsucht und sie mechanisch tötet und entfernt. Außerdem verursacht das keine Kosten. Dasselbe gilt von der mechanischen Reinigung der Räume, zumal Verdunstungsmittel nur bei gut abdichtbaren Räumen nützen können.

Aufgefallen ist es Arneth, daß, wo Kleiderläuse waren, Filz- und Kopfläuse so gut wie niemals angetroffen wurden.

Kruschewsky (Fleckfieberbehandlung; M. m. W. 1916 Nr. 22) — selbst an Fleckfieber gestorben — erwähnt, daß die Füße der Holzbettstellen in alte Konservenbüchsen mit Kresollösung gestellt, die Tapeten abgerissen und die Wände weiß gekalkt wurden; die Kranken erhielten reichlich Naphthalin aufgestreut, das Pflegepersonal mußte sich täglich neu mit Naphthalin einpudern, trug hohe Stiefeln mit Watteabdichtung am Oberrande und an den Handgelenken mit Mull zugebundene Überhemden; nach der Beschäftigung mit den Kranken wurden die Hände mit Sublimatlösung abgespült. Während des Fiebers wurden die Kranken früh und abends mit Wasser von 28° C abgerieben, jedes Glied einzeln, und abgetrocknet. Bei schlechter Durchblutung der Glieder außer heißen Fußflaschen dieselben Abwaschungen und (wenn nicht hochgradige Hyperästhesie vorhanden) Abreibungen mit 40° C heißem Wasser, letztere auch bei kaltklebrigem Schweiß während des Fieberabfalls. Bei Herzschwäche Digitalisinfus (3 : 400, zwei- bis dreimal täglich ein Eßlöffel) oder Digipuratum solubile (morgens und abends 10 bis 15 Tropfen, dazwischen mittags fünf, oder alle drei Stunden drei Tropfen). Bei sehr schlechtem Puls Ol. camphoratum forte, früh zwei bis fünf Spritzen, desgleichen abends, manchmal auch mittags noch ein paar Spritzen. Digitalis wurde bei schwachem beschleunigtem Puls auch nach Entfieberung weitergegeben; bei unregelmäßigem Puls half Herzkühlung und Kampfer innerlich. Nasenbluten wurde mit Adrenalintropfen behandelt. — Bei Insektenjuckreiz soll man an der betreffenden Stelle sofort die Kleidung mit Äther oder gewöhnlichem Chloroform ergiebig durchtränken. Peinliche Sauberhaltung des Fußbodens und tägliche Desinfektion mit Kresolseifenlösung.

v. Liebermann (Über die Behandlung des Flecktyphus mit der Lumbalpunktion; M. m. W. 1916 Nr. 18) glaubt zwei prognostisch verschiedene Krankheitsbilder unterscheiden zu müssen, das erste — meist bei älteren Patienten — schon früh gekennzeichnet durch sehr starken, auf den ganzen Körper verbreiteten, oft hämorrhagischen Ausschlag, der auch nach dem sechsten Tag noch nicht zurückgeht, vielmehr oft noch dunkler, dichter, großflockiger, konfluenter wird, so daß die Haut dunkel marmoriert aussieht. Die Temperatur sinkt kritisch, aber der Kranke geht infolge Erschöpfung und Herzschwäche bei subnormaler Temperatur zugrunde. Das zweite: auf der Höhe der Erkrankung, meist bei im Verblassen begriffenen Exanthem, beginnend deliranter Bewegungsdrang, Flockensuchen, Pillendrehen, Herumfingern an der Bettdecke, unartikulierte Laute, unzusammenhängende Worte und Silben, bei sehr wenig beweglichem Munde, ähnlich wie bei Bulbärparalyse; mimische Muskelzuckungen. Schreie aus momentan vollständiger Ruhe mit völlig veränderter Fistelstimme, ähnlich dem „Cri encephalique" bei Kindern. Das gedunsene, dunkle, lividrote Gesicht, die gehetzte, röchelnde Atmung, mit kurzen, nicht gerade allzu oberflächlichen Zügen, und die starren Augen führen manchmal irrtümlich zur Annahme einer diffusen Bronchopneumonie. Der Tod tritt bei diesem zweiten Typus nicht durch Erschöpfung oder Intoxikation ein, sondern plötzlich, bei guter Herztätigkeit, oft vollem, stoßendem Puls, wie im Angiospasmus, mit längerer oder kürzerer Agone, ähnlich dem Erstickungstod. Bei Sektion von Fällen des zweiten Typus ist das Gehirn sehr blutreich, sukkulent, unter der Pia viel klare Flüssigkeit. Auf Grund dieses Befundes führte v. Liebermann bei fünf solchen Fällen, also wo die Gehirnsymptome im Vordergrund standen, die Lumbalpunktion aus, in drei davon mit dauerndem Erfolg, während die übrigen starben. Aber da sich die beiden Typen nicht ganz genau voneinander scheiden, wird man die Lumbalpunktion auch bei gemischtem Typus versuchen können.

v. Liebermann beobachtete in mehreren Fällen als Komplikation neben der fast regulären Otitis media katarrhalis eine starke Konjunktivitis, in einigen Fällen Iridozyklitis, die nach Atropin heilte. Er beobachtete auch den starken Mausgeruch bei Flecktyphuskranken während einiger Tage auf der Höhe der Krankheit.

Rösler (Die Autoserumtherapie bei Fleckfieber; W. kl. W. 1916 Nr. 12) beobachtete bei 3 schweren Fällen auffallend günstigen Einfluß der intravenösen Einspritzung des Krankeneigenserums. Bei jedem der drei Patienten wurden sofort nach Einlieferung auf der Fieberakme 80 bis 100 ccm Blut aseptisch aus der gestauten Kubitalvene entnommen, nach Loslösung des Blutkuchens



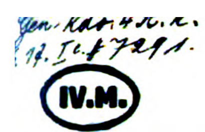
wurde das Serum abzentrifugiert und mit 1/10 Volumen 5%iger Karbolsäurelösung versetzt, in steigenden Dosen mit 2 bis 3 ccm anfangend, intravenös injiziert. Die Temperatur begann nach zwei bis drei Stunden zehntelweis zu sinken, nach der vierten oder fünften Injektion trat vollkommene Entfieberung ein. Die Herztätigkeit besserte sich zusehends schon nach der ersten Injektion.

Vier bis sechs Stunden nach Injektion trat profuser Schweißausbruch auf, die Apathie wich. Daneben wurden nur Prießnitzpackungen, keine Fiebermittel angewandt.

Der Karbolsäurezusatz darf nur tropfenweise unter leichtem Schwenken geschehen, um Trübung des Serums durch Gerinnung zu vermeiden. Später wurde Karbolsäure weggelassen, das Serum durch eine Berkefeld-Kerze gepreßt, in Ampullen geschmolzen und nach der Sterilitätsprobe zur Injektion verwendet.

(Schluß folgt.)

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 11/12. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 11/12. 9. Juni **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

A. Chirurgischer Teil. (Fortsetzung.)

P. Manasse (Zur Therapie des Hirnabszesses. M. m. W. 1915 Nr. 43) unterscheidet zwei Arten des Hirnabszesses: die Frühform oder die akute eitrige Enzephalitis und die Spätform, oder die meist mit pyogener Membran versehenen älteren Abszesse. Die Grenze ist keine feste, die Therapie bei beiden die gleiche.

Zur Verhütung des Hirnabszesses eröffnet Manasse sämtliche Kopfschüsse breit, sei es, daß nur die Weichteile, der Knochen oder das Gehirn verletzt sind, und entfernt alle erreichbaren Fremdkörper. Bei tiefergehenden Verletzungen des Gehirnes verfährt er zunächst ganz konservativ, wenn ein glatter Schußkanal in der Hirnsubstanz vorhanden ist (Steck- und Durchschüsse); wenn eine mit Blut und zertrümmerter Hirnsubstanz gefüllte Höhle vorliegt, tastet er dieselbe mit dem Finger ab, um Fremdkörper zu entfernen, füllt die Höhle locker mit Gaze aus und läßt sie vollständig offen.

Er warnt davor, die Schädelschüsse partiell oder gar vollständig durch Nähte zu schließen, denn unter der primär geheilten Weichteilnaht sieht man zuweilen ausgedehnte schmierige Eiterungen an der Hirnoberfläche oder in der Tiefe mit tödlichem Ausgang. Manasse spaltet die Dura nur bei schweren Symptomen; auch hier warnt er davor, die Dura zu nähen.

Bei Hirnabszeß, meist nur infolge Fistelbildung oder durch Probepunktion zu diagnostizieren, wird erst recht breit eröffnet, der Eiter abgelassen und die Abszeßhöhle mit dem Finger genau auf Buchten und Taschen sowie auf Fremdkörper untersucht.

Dränage nur mit lockerer Gaze. Dräns erreichen nicht die Buchten und Taschen des Abszesses, können wegen der Pulsation des Gehirns leicht die meist dünne Wand zwischen Abszeß und Ventrikel durchstoßen und leiten das Sekret nicht ab.

Der erste Verband bleibt zwei bis drei Tage liegen und wird dann täglich gewechselt, die Höhle jedesmal genau nachgesehen, der Eiter gründlich, aber vorsichtig (Ventrikeldurchbruch!) durch Austupfen entfernt, der Patient so gelegt, daß der Eiter gut abfließt. Jedesmal wird wieder trockene Gaze in die Höhle gelegt. Eventuelle Retentionen zeigen sich meist durch Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Benommenheit und Herderscheinungen an. Man tastet die Höhle am besten mit dem Finger ab, entleert eventuell Eiter aus verklebten Nischen und Taschen der alten Höhle, stellt eventuell durch Probepunktion von der Abszeßwand aus weitere Abszesse fest. Bei Vorhandensein mehrerer Höhlen reseziert man die trennende Wand, um einen einheitlichen Raum zu haben. Sekundäre Abszesse, die gelegentlich in Form von kleinen, auch multiplen Erweichungsherden auftreten, werden inzidiert und offen behandelt. Nekrotische prolabierte Hirnteile werden abgetragen, reaktionslose Prolapse konservativ behandelt. Ventrikel-, in erster Linie Seitenventrikelfisteln, führen meist zu eitriger Ventrikulitis, basaler Meningitis und damit zum Tode. Bleibt der Liquor klar, so kann gelegentlich spontaner Schluß der Fistel und völlige Heilung erfolgen.

Nach geschlossener Hirnwunde wird der Patient wegen etwaiger Nacherkrankungen noch längere Zeit beobachtet. Von osteoplastischer Deckung



der Schädeldefekte nach Hirnabszessen wird abgesehen.

Während der ganzen Nachbehandlungsdauer wird reichlich Urotropin gegeben. Bei Meningitis wird je nach den Symptomen täglich oder jeden zweiten Tag die Spinalpunktion vorgenommen und reichlich Flüssigkeit abgelassen.

Manasse berichtet über zwei interessante Fremdkörperfälle:

Am 2. März Verletzung durch die zurückfliegende Schlagröhre des eigenen Geschützes oberhalb des linken Auges, am 11. März Erbrechen, Eingenommenheit des Kopfes, Puls 50, Kopfschmerzen, sehr gehemmte Merkfähigkeit. Der Zustand besserte sich. Am 10. April: Kleine Narbe am inneren linken Augenwinkel, Puls 70, Temperatur höchstens 37,3, geringe Beschwerden, leichter Schwindel und wenig Kopfweh. Röntgenaufnahme ergab, Sagittal- wie Frontaufnahme, einen großen, langen, dünnen Schatten von der Gestalt eines Nagels ohne Spitze mit dem Kopf nach dem Scheitel, mit dem dünnen Ende nach dem Auge weisend, im Stirnlappen. 16. April Operation: Ganz kleiner Knochendefekt am inneren Augenwinkel; bei breiter Aufmeißelung stößt man in einem großen Hirnabszeß im Stirnhirn auf eine 8 cm lange Schlagröhre. Normaler Verlauf.

Nach Verwundung am 24. September 1914 durch Granatsplitter und Operation am 18. Januar 1915 Befund am 10. Mai 1915: Fast vernarbte Wunde am rechten Stirnbein mit linsengroßem, ziemlich stark sezernierenden Granulationsknopf, mäßige Temperaturerhöhung, andauernd Schwindelgefühl, Kopfschmerzen; Röntgenaufnahme: „Granatsplitter im Gehirn, hinten oben von der Schädelwunde. 3. Juni: Operation. Probepunktion: Abszeß im rechten Stirnlappen, breite Eröffnung, Granatsplitter nicht gefunden. 7. Juni: Brechreiz, Eröffnung eines zweiten, viel größeren Abszesses weiter hinten, mit derber pyogener Membran. Resektion der Wand zwischen beiden Abszessen. 13. Juni: Beim Abtasten der hinteren Höhle Granatsplitter gefunden und entfernt. Andauernd gutes Befinden bis zum 7. Juli 1915: Erbrechen, Kopfschmerzen, Temperatur 39,2, leichte Benommenheit. 11. Juli: Leichte Schwäche im linken Fuß. Punktion des rechten Scheitellappens von der alten Höhle aus ergibt dicke reichliche Flüssigkeit mit erweichter Hirnmasse. In dieser Streptokokken. 12. Juli: Nachoperation, Erweiterung der Schädelwunde nach hinten, Eröffnung einer dritten großen Höhle mit verflüssigter Hirnmasse. 13. Juli: Ausgesprochene Meningitis: Nackenstarre, Erbrechen, Kernig, Benommenheit, gesteigerte Reflexe, Stauungspapille. Spinalpunktion: erhöhter Druck, Ablassen von 70 ccm trüber Flüssigkeit mit Leukozyten und Streptokokken. Die Meningitis dauerte bis 18. Juli, dann allmähliche Besserung, seit acht Tagen fieberfrei und Wohlbefinden. Der Patient hat also zwei Hirnabszesse, eine frische Enzephalitis sowie eine eitrige Meningitis durchgemacht."

Manasse demonstrierte noch zwei Gehirne von letalen Fällen mit Hirnabszeß, eitriger Ventrikulitis und basaler Meningitis bei fast normaler Konvexität.

Duken beschreibt „zwei Fälle von intrakranieller Pneumatokele nach Schußverletzung" (Müchn. med. Wochenschr. 1915 Nr. 17) aus der von Prof. Rieder geleiteten Röntgenstation in München.

I. Am 26. September Kopfschuß. Einschuß im Stirnhirn 1 cm links von der Medianlinie, Ausschuß in der linken Schläfengegend. Nach der Verletzung war Patient drei Stunden bewußtlos, ging dann selbst zum Verbandplatz. Anfangs starke Blutung und starke Schwellung der linken Kopfseite, keine Eiterung. 15 Tage nach der Verwundung waren Ein- und Ausschuß glatt verheilt, Schwellung vollkommen verschwunden. Es blieben starke Kopfschmerzen und Druckgefühl im linken Vorderhirn.

Röntgenaufnahme Anfang November: Zwei kleine Schädeldefekte, dem Ein- und Ausschuß entsprechend, einige Knochensplitter hinter den linken Partien des Sinus frontalis und zwei mehr als fünfmarkstückgroße, durch Luftansammlung bedingte Schattenaussparungen, nebeneinander in den seitlichen Stirnbein- und Schläfenpartien links. Am Grunde der beiden Aussparungen ein Flüssigkeitsspiegel, der bei Bewegungen des Kopfes sich lebhaft bewegte.

Im seitlichen unteren Gebiet des Os frontale links, über den Gasblasen, perkutorisch deutliche Tympanie, auskultatorisch bei den Bewegungen des Kopfes ein gurgelndes Geräusch, bei absoluter Ruhe im Zimmer noch in einer Entfernung von 1/2 m deutlich hörbar. Kein Fieber.

Pupillenreaktion normal, Gesichtsfeld frei; nasale Hälfte der linken Papille röter als die am rechten Auge. Suspekt auf leichte Neuritis optica links.

Pat. hatte selbst das Gefühl, Wasser im Kopf zu haben und nahm das gurgelnde Geräusch bei Bewegungen des Kopfes selbst wahr.

Operationsbefund: Im Stirnbeinknochen eine kleine Lücke. Beim Einführen einer Sonde fließt unter sehr hohem Druck sehr viel gelbliche seröse

Flüssigkeit ab. Nach Aufklappung eines Haut-Periost-Knochenlappens erscheint der linke Stirnlappen nahe der Einschußwunde eingesunken, die vorliegende Partie schwabbend und leicht eindrückbar, ohne Pulsation. Punktion im Bereich des Schläfenteils ergibt sanguinolentseröse Flüssigkeit. Im linken Frontallappen findet sich eine kastaniengroße Höhle unter der Dura, Rinde und zum Teil Mark sind zystisch degeneriert. Nach außen von dieser Höhle gegen den Schläfenlappen zu, nur getrennt durch Dura, gelangt man in eine zweite taubeneigroße Höhle, größtenteils dem Schläfenteil angehörend.

In dem serösen bernsteingelben Punktat wurden nur Erythro- und Leukozyten nachgewiesen, alle Kulturen blieben steril.

Duken nimmt an, daß Luft durch eine Fissur in der hinteren Sinuswand in den Schädel hineingepreßt worden ist, indem durch den im Röntgenbild nachgewiesenen Knochensplitter, der auch operativ entfernt wurde, Dura und Gehirn verletzt und nicht nur eine Eingangspforte für die Luft geschaffen, sondern auch gleichzeitig das verletzte Gehirn als Locus minoris resistentiae der Luft Gelegenheit bot, wirkliche Höhlen graben zu können. Der Knochensplitter oder aber ein Dura- oder Periostfetzen habe dabei eine Ventilwirkung geübt, wobei Verwachsungen noch eine Rolle gespielt haben mögen, so daß bei starken Hustenstößen, beim Niesen und ungeschickten Nasenputzen Luft immer wieder in das Gehirn gepreßt wurde und so die Höhlen zustande kamen. Das Exsudat sei dann nachträglich als Reizerscheinung hinzugetreten oder die Flüssigkeit sei Liquor gewesen, was durch Untersuchung nicht festgestellt wurde. Zirka drei Wochen nach der Operation ergab Kontrollröntgenaufnahme ein vollkommen normales Bild.

II. Am 18. August Tangentialschuß am Hinterhaupt, am 22. August operiert, dabei angeblich fünf Knochensplitter entfernt. Pat. klagt über Kopfschmerzen wie Fall I und außerdem über starke Abnahme der Sehschärfe.

Pupillenreaktion und Augenhintergrund normal, beiderseits symmetrische Defekte des Gesichtsfeldes nach links und unten. Es wurde Schädigung des rechten Hinterhauptlappens oder der Sehbahn angenommen.

Durchleuchtung: Am Hinterhaupt direkt unter der vorhandenen Knochenrinne eine Gasblase von etwas mehr als Haselnußgröße. Am Grunde der Blase Exsudat. Knochensplitter im Gehirn, zirka 2 cm von der Schußverletzung entfernt. Von den außerordentlich ausgedehnten, das Schädeldach bis zum Frontalabteil durchziehenden Fissuren führte eine direkt bis in die Cellulae mastoideae, von wo aus wahrscheinlich die Luft vom Processus mastoideus durch die Fissur hineingepreßt wurde. Wie gewöhnlich bei Schußverletzungen des Schädels die Tabula interna in viel ausgedehnterem Maße zerstört wird, als die externa, dürften auch hier die auf der Röntgenaufnahme sichtbaren Fissuren nur in der Tabula interna verlaufen und die meisten der operativ entfernten Knochensplitter aus dieser stammen.

Fall I, der unerwartet am 27. Januar 1915 ad exitum kam, wobei die Todesursache vollkommen unklar war, hat nur einmal und auch da nur ganz flüchtige und wenig ausgeprägte Hirnsymptome geboten.

Der Sektionsbefund lautete: Vernarbte Trepanationswunde nach Schußverletzung des linken Stirnbeins und der angrenzenden Großhirnpartie unter Defektbildung an der hinteren Wand der Stirnbeinhöhle. Abgeschlossene Abszeßhöhlen im linken Stirnlappen. Akute Entzündung der weichen Hirnhäute. Entzündliche Schwellung des linken Stirnhirns in der Umgebung der Abszeßhöhlen.

Die beiden durch die Luft verursachten Höhlen waren durch die bei der Operation gelegte Dränage oder vom Sinus aus infiziert worden, wodurch die Abszesse zustande kamen.

Die intrazerebrale Pneumatokele nach Schußverletzungen. Von Prof. Dr. L. Kredel. Zentralbl. f. Chir. 42 Jahrg. 1915 Nr. 36.

Kredel hält die Bezeichnung intrazerebrale Pneumatokele für richtiger.

Es hinterbleibt auch nach Heilung der äußeren Wunden eine Öffnung, welche von der Stirnhöhle direkt ins Gehirn führt, während die Meningealräume abgeschlossen bleiben. Die intrazerebralen Luftansammlungen sind überraschend groß, daneben besteht beträchtliche Flüssigkeitsansammlung am Boden der Höhle und zeitweise Ausfluß aus der rechten Nasenhöhle, ferner Plätschergeräusch beim Schütteln des Kopfes, perkutorische Tympanie. Wenn sich der Kranke Kredels im Sitzen nach vorn und rechts beugte, hörte man auf weite Entfernung ein schnarrendes Geräusch, welches wohl im Innern der Nase zustande kam.

Da im Fall Kredels das Stirnhirn von der großen Höhle betroffen wurde, so waren die Gehirnstörungen nur allgemeiner Natur. Kopfschmerzen, bald in die Stirn, bald in die Schläfen- und Ohrgegend verlegt, Wortkargheit und Teilnahmlosigkeit. Druckpuls und Stauungspapille fehlten. Auge der verletzten Seite amaurotisch.

Pat. war nach der Verwundung nur auf einige Augenblicke bewußtlos. Rechtes Auge reizlos,



Pupille weit, starr, Linse nicht getrübt, Hintergrund verschleiert, Papille erscheint vorgedrückt, von einem trüben Exsudat überlagert, ebenso in ihrer Umgebung die Netzhaut. Farbe der Papille blaß, kein Bild der Stauungspapille. Rechts Amaurose.

Wegen anhaltender Kopfschmerzen Operation, ca. 4 1/2 Wochen nach der Verletzung. Schußwunden vernarbt; kleiner Einschuß oberhalb der rechten Glabella, dicht neben der Mittellinie, und Ausschuß hinter dem rechten Ohr, nahe und vor der Spitze des Warzenfortsatzes. Keine nennenswerte Druckempfindlichkeit des Schädels, speziell des linken Stirnbeins.

Bildung eines Haut-Knochenlappens aus dem rechten Stirnbein mit Basis an der Schläfe. Stirnhöhle wird eröffnet, ist sehr geräumig und enthält dick eitrigen Schleim; sie wird völlig ausgeräumt. Der Schußkanal durchquert hier einen mehr median und höher gelegenen Raum der Stirnhöhle, welche mit dem ersteren kommuniziert. Nach Aufklappung des Knochenlappens drängt sich die gespannte Dura stark vor und pulsiert nicht. Bildung eines Duralappens mit oberer Basis. Man merkt bereits, daß man auf einem lufthaltigen Hohlraum schneidet, das Messer klingt hohl. Durch Einstich ins Gehirn wird die Höhle eröffnet; sie ist nach vorn nur von etwa 2 mm dicker Hirnschicht bedeckt. Sofort strömt Luft aus, das Gehirn sinkt zusammen und pulsiert jetzt lebhaft. Größe der Höhle mehr als Hühnereiumfang. Am Boden derselben zirka ein Eßlöffel serös-sanguinolente Flüssigkeitsschicht, welche ausgetupft wird. Der Durchschuß durch die Hirnmasse findet sich im vorderen Winkel der Höhle, kenntlich an der grauroten Farbe und der halbbreiigen Konsistenz der Umgebung. Nirgends ein loser Splitter vom Stirnbein. Die in die Stirnhöhle führende Öffnung wird untersucht; Ventilbildung findet sich nicht, lediglich eine recht enge Öffnung, an welche das Gehirn rings in schmaler Zone angeklebt ist. Diese Verklebungen werden belassen, der Rest von der Hinterwand der Stirnhöhle von oben bis zu der Öffnung mit Hohlmeißel-Zange entfernt. In die Gehirnhöhle kommt nur ein Drain, kein Tampon. Der Duralappen wird exakt wieder vernäht, die Stirnhöhle tamponiert.

Verlauf gut; Heilung der Wunde binnen 3 1/2 Wochen. Nach der Operation keine Kopfschmerzen mehr; Sensorium freier.

Durch die enge Schußkanalöffnung zwischen Stirnhöhle und Hirn kann Luft hineingepreßt werden, ohne zurückströmen zu können. Das zerschossene Gehirn prolabierte gleich in die Knochenöffnung und schließt sowohl die Meningen ab, als auch — ähnlich wie ein Darmschleimhautprolaps bei engen Schußlöchern — die Gehirnhöhle selbst. Nur gegen ein Hineinpressen der Luft konnte es nicht Widerstand leisten.

Bei diesen Zuständen muß operiert werden; die Stirnhöhle ist breit zu eröffnen und gründlich auszuräumen. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Hilfsverein für Geisteskranke.** Der Hilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen hielt am 22. Mai, vormittags 11 Uhr, unter dem Vorsitze des Anstaltsdirektors Obermedizinalrat Dr. Ackermann, zurzeit in Leipzig-Dösen, seine diesjährige satzungsgemäße Ausschußmitglieder- und Mitgliederversammlung im evangelischen Vereinshause zu Dresden ab. Der Vorsitzende gab den Jahresbericht auf 1916, der die trotz des Krieges im wesentlichen ungehindert weitergehende Vereinsarbeit dankbar feststellen konnte. Man will auch in diesem Jahre wieder einen Jahresbericht herausgeben, der im vorigen Jahre ausgefallen, aber von verschiedenen Seiten dringend gewünscht worden war. Er wird sich auf die Jahre 1915 und 1916 erstrecken und möglichst kurz gehalten sein. Man sprach den Ausschußmitgliedern und Vertrauensmännern den Dank für ihre treue Mitarbeit aus und bat sie um weiteres Durchhalten. Der stellvertretende Schatzmeister des Vereins, Anstaltspfarrer Wehrmann, Großschweidnitz gab den Kassenbericht, der ein nicht ungünstiges Bild bot. Die geprüfte Jahresrechnung wurde richtig gesprochen und dem Kassierer Entlastung erteilt. Die ausscheidenden Ausschußmitglieder und die Rechnungsprüfer sowie der Vorstand wurden wiedergewählt und nahmen die Wahl dankend an. Gegen 2 Uhr nachmittags wurde die Versammlung geschlossen.

Referate.

— **Über Chokwirkungen bei Schußverletzungen des Rückenmarks.** Von Prof. Dr. Rosenfeld. Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie 1916 Bd. 101 Heft 4.

Bei Schußverletzungen von Rückenmark und Wirbelsäule ist oft schwer zu unterscheiden, welche Symptome auf direkter organischer Beschädigung des Rückenmarks, welche auf Chokwirkung beruhen. Bei Obduktion oder operativer Freilegung des Rückenmarks erlebt man oft Überraschungen. Dadurch, daß es von Lumbalflüssigkeit



und Venenplexus, also einem Flüssigkeitsmantel umgeben, ist die Fortpflanzung der Erschütterung intensiv und weitreichend, was sich am Halsmark besonders schwerwiegend geltend macht. Nach Schußverletzungen des letzteren besteht völlige Bewußtlosigkeit (fast stets), die aber bald wiederkehrt, Verlangsamung und Unregelmäßigkeit des Pulses, verlangsamte, nicht regelmäßige, sehr tiefe Atmung, starke Zyanose von Gesicht und Händen und, oft, des ganzen Körpers, verlangsamte Lichtreaktion, vollständig schlaffe Lähmung, Aufhebung aller Sehnen-, Haut- und Pyramidenbahnreflexe, völlige Atonie und Areflexie in allen Muskelgebieten, auch in den, die aus Abschnitten des Rückenmarks oberhalb der Verletzung versorgt werden, gewöhnlich auch Priapismus. Fieber, Spontannystagmus fehlt. Die beiden mitgeteilten Fälle, welche kurze Zeit nach der Verletzung zur Untersuchung und bald darauf zur Sektion (Tod wahrscheinlich durch Asphyxie) kamen, zeigten in allen Punkten übereinstimmend dieses Krankheitsbild; in dem einen war aber das Halsmark — Höhe des 7. bis 8. Segments — in Ausdehnung von 1½ bis 2 cm vollständig zertrümmert, so daß kein einziger Faserzug bestehen geblieben war, ohne erhebliche örtliche Blutung, auch nicht in den Durasack, in den benachbarten Teilen des Rückenmarks zahlreiche kleine punktförmige Blutungen, und in der Höhe des 6. Segments, weit ab von der Verletzung, eine kleine Blutung in der grauen Substanz in der Gegend der Seitenhörner; im anderen Fall dagegen war der Dornfortsatz des 6. Halswirbels und der Bogen des 5. und 4. vollständig zerstört, der Durasack aber nicht eröffnet, kein nennenswertes Hämatom, keine Kompression des Rückenmarks, in der Gegend des 3. und 4. Segments auf der Pia eine kleine flächenförmige, etwa 2 cm lange Blutansammlung, makroskopisch auf keinem Querschnitt irgendwelche erhebliche Veränderungen, Medulla oblongata und Kleinhirn normal, an der Schädelbasis kein größerer Blutaustritt, mikroskopisch im Bereich des Halsmarks nur ganz vereinzelte minimale Blutaustritte (wie beim Status epilepticus). Auch wenn die bulbären Symptome, Anarthrie, Schluckstörung und starrer, maskenartiger Gesichtsausdruck geschwunden sind, was nach einigen Stunden der Fall ist, bleiben die der Höhe der Leitungsunterbrechung entsprechenden Symptome. Aphatische oder amnestische Symptome waren nicht vorhanden, eine molekulare Erschütterung des Gehirns war also nicht anzunehmen.

Anatomische Vorstellungen können nach Rosenfeld den zweiten Fall nicht genügend erklären, nur die Annahme einer extremen Reizung, die sich bis in die entferntesten Partien des Zentralnervensystems fortpflanzte, oder eine reflektorisch entstandene schwere Funktionsstörung der vasomotorischen Zentren, die ihrerseits die weiteren lebensgefährlichen Störungen entstehen ließ.

(Die Gegenüberstellung dieser beiden Fälle ist im höchsten Grade lehrreich, besonders für diejenigen, welche gewohnt sind, den Ausdruck: nur funktionell zu gebrauchen in der irrtümlichen Voraussetzung, daß es zum Charakter der funktionellen Störungen gehört, leicht zu sein. Ref.) Bresler.

— **Atypische und abortive Formen der epidemischen Meningitis beim Erwachsenen.** Von Prof. Dr. Hermann Schlesinger. D. M. W. 1916 Nr. 18.

Flecktyphusähnliche Fälle mit initialen Hautblutungen, Fälle mit initialen Gelenkschwellungen, mit erysipel- oder morbillenartigem Beginne, Fälle mit apoplektiformem oder epileptiformem Einsetzen und mit nachfolgenden Körperlähmungen, ferner der „senile Typus der Meningitis".

Bei Säuglingen wird man nicht selten durch Prävalieren von Magen-Darmerscheinungen über das Wesen der Krankheit getäuscht, wenn zerebrale Zeichen spät in Erscheinung treten.

Gehäuftes, selbst fast unstillbares Erbrechen und profuse, kaum stillbare Durchfälle sind bei Erwachsenen im Krankheitsbeginne nicht selten. In der Regel sind aber daneben ausgesprochene zerebrale Erscheinungen vorhanden.

Eine 40jährige Frau mit der Diagnose Schwammvergiftung war am Abend vorher bald nach Genuß einer Suppe aus getrockneten Schwämmen unter gehäuftem Erbrechen und profusen Durchfällen erkrankt; es bestanden Fieber, Benommenheit, Kollaps, auch fiel die steife Haltung der Wirbelsäule (allerdings ohne Nackensteifigkeit) auf; von sechs Personen, welche die gleiche Speise genossen hatten, war sonst niemand erkrankt, hatte auch niemand Üblichkeiten gehabt; Kernigsches Symptom; Lumbalpunktion ergab stark getrübte Flüssigkeit unter hohem Drucke; darin Meningokokken; Autopsie: Epidemische Meningitis.

Manchmal beginnt die Krankheit unter akuter Geistesstörung ohne stark hervortretende meningeale Symptome. Sie währte im ganzen etwa fünf Tage.

Die Untersuchung ergab erst in den Spätstadien ein in bezug auf Meningokokken positives Resultat.

Die bei den Kranken frühzeitig aufgetretene Harnretention dürfte diagnostisch nicht allzu gering bewertet werden (frühzeitige entzündliche Infiltration der vorderen Wurzeln des Sakralmarkes, ein Reizungssymptom, ähnlich dem Kernigschen Symptom).

Abortive Formen (Meningitis levissima): Frühzeitiger, sehr ausgedehnter fieberhafter Herpes der Mundschleimhaut, dauernde Tachykardie, lang nachweisbares Kernigsches Zeichen.

Diese so leicht aussehenden Fälle dauern lange Zeit.

Vorhandensein einer Tachykardie in der Rekonvaleszenz spricht selbst bei lange eingetretener Entfieberung gegen eine völlige Ausheilung der Meningitis epidemica. B.

— **Bemerkungen zu Dr. Viktor Gondas Artikel: Rasche Heilung der Symptome der im Kriege entstandenen traumatischen Neurose.** Von Priv.-Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 33.

U. weist darauf hin, daß er diese Methode im Prinzip seit etwa zwei Jahren bei der traumatisch-hysterischen Taubstummheit mit bestem Erfolge anwende und vor einem halben Jahre in der Wiener medizinischen Wochenschrift (1916 Nr. 7) veröffentlicht habe.



Bei manchen Fällen von hysterischer Taubstummheit, die auf diese Art behandelt worden war, kehrte mit der Wiederkehr der Sprache von selbst gleichzeitig auch das Gehör zurück, obwohl die Behandlung nur gegen die Stummheit gerichtet war. B.

Personalnachrichten.

— **Städtische Heil- und Pflegeanstalt Dresden.** Dem dirigierenden Arzt Sanitätsrat Dr. Hecker wurde das Ritterkreuz 1. Kl. des Albrechtsordens verliehen.

ANHANG.

Fleckfieber.

Nach der neuesten Literatur referiert von
Sanitätsrat Dr. **J. Bresler.**
(Schluß.)

H. Poindecker (Zur Diagnose des Fleckfiebers; M. m. W. 1916 Nr. 5) hat die Fleckfieberroseolen histologisch untersucht und kommt zu folgendem Ergebnis:

Die Roseola des Fleckfieberexanthems ist, abgesehen von ev. vorhandenen Blutungsherden durch zwei auffallende Erscheinungen charakterisiert:

1. Nekrose der Gefäßwände, hauptsächlich an Präkapillaren und kleineren Arterien des Papillarkörpers, des Retikularanteiles und mitunter auch an kleinen Gefäßen der Subkutis, aber meist nur einzelne Gefäßabschnitte und auch hier nicht immer den ganzen Umfang derselben und hauptsächlich die Intima ergreifend, die in Gänze gequollen erscheint und deren schlecht färbbare Endothelien gegen das manchmal aneurysmatisch erweiterte Gefäßlumen abgestoßen werden und als granulierte und hyaline Thromben meist nicht das ganze Gefäßlumen ausfüllen, sondern häufig sichelförmig dem nekrotischen Gefäßwandanteile aufsitzen.

2. Perivaskuläres Infiltrat auf einem durch zartfaseriges Bindegewebe gebildeten, von den derben Bindegewebszügen der Umgebung durch den lichten, bläulichen Ton abstechenden Grunde, unterschieden von dem die Gefäße der Typhusroseola begleitenden dadurch, daß es sich nicht längs des ganzen Gefäßverlaufes hinzieht, sondern entsprechend den sektorförmigen Gefäßwandschädigungen ebenfalls nur abschnittweise in Form eines Mantels oder Knöpfchens den Gefäßen aufsitzt und auch nicht immer den ganzen Umkreis des Gefäßes einschließt. Kleine Lymphozyten kamen nur ganz vereinzelt vor. Die Hauptmasse der Infiltratselemente waren große, den Epitheloiden nicht unähnliche Zellen, die im Vergleiche zu den Endothelien und jungen Bindegewebszellen einen verhältnismäßig großen, blassen, länglichen Kern besitzen, in dessen granuliertem Stroma häufig deutliche Kernkörperchen, ab und zu sogar mitosenähnliche Figuren zu sehen waren. Auch dunklere, pyknotische Kerne kamen mitunter vor. Nach Fraenkel sind diese Zellen Abkömmlinge der adventitiellen und periadventitiellen Bindegewebszellen.

Das Wesentliche bei der Typhusroseola ist eine die Gefäßbahnen des Koriums, hauptsächlich des Papillarkörpers begleitende, geringgradige perivaskuläre Infiltration mit Lymphozyten. Eine Gefäßwandnekrose ist nicht vorhanden.

Zur Untersuchung wurde ein besonderes Besteck von der Firma Rudolf Siebert, Wien IX., Garnisonsgasse, benützt.

Bauer-Temesvar (Zur Anatomie und Histologie des Flecktyphus; M. m. W. 1916 Nr. 15) fand in einem Falle nicht oder nur kaum vergrößerte, indurierte Milz mit Hyperplasie der Follikel, was für den Flecktyphus charakteristisch zu sein scheint.

Die von Fraenkel im Korium gefundenen Veränderungen ließen sich an und um den kleineren Arterien, in allen Organen nachweisen, in Milz, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse.

Diese Veränderungen konnten auch experimentell erzeugt werden bei Meerschweinchen durch intravenöse Injektion von Krankenblut.

Diese Erkrankung der kleinen Arterien scheint daher für den Flecktyphus spezifisch und der Flecktyphus anatomisch durch eine wohlcharakterisierte Systemerkrankung der kleineren, bis präkapillaren Arterien gekennzeichnet zu sein.

Auf Grund weiterer Studien (Weitere Untersuchungen über die Histologie des Flecktyphus; M. m. W. 1916 Nr. 34) bezeichnet E. Bauer das Fleckfieber als — gegenüber anderen Gefäßerkrankungen — charakterisiert durch die vorangehende desquamative Endarteriitis, durch das Ausbleiben der Vermehrung resp. Auseinanderweichen der elastischen Fasern, durch die Verbreitung der periarteriellen Knötchen und deren Reichtum an Plasmazellen, resp. bei schwereren Fällen an Leukozyten, und schließlich durch den Ausgang in eine Endarteriitis productiva seu obliterans.

O. Löwy (Hautveränderungen bei Meerschweinchenflecktyphus; W. kl. W. 1916 Nr. 18) hat Roseolen bei Meerschweinchenflecktyphus mikroskopisch untersucht und eine gewisse Ähnlichkeit mit den menschlichen Roseolen gefunden. Endotheldegeneration, wandständige Thromben, kleine rundzellige Infiltrate; nicht



streng perivaskulär, auch nicht knopfförmig der Gefäßwand aufsitzend, wie bei der menschlichen Roseole nach Fränkel (M. m. W. 1915 Nr. 24), sondern strangförmig oder diffus. Die Roseolen werden erst nach Abpräparation der Haut sichtbar. Die Empfänglichkeit der Meerschweinchen für das Fleckfieber wurde zuerst von Ricketts und Wilder (J. amer. med. Ass. 1910 H. 54 S. 463) gefunden.

Nach Papamerkus Untersuchungen (Beiträge zur Serodiagnostik des Fleckfiebers; Zbl. f. Bakt. 1916, Orig. S. 186) ist die Komplementbindungsreaktion mit alkoholischen Organextrakten als Antigen bei Fleckfieber in einem hohen Prozentsatz der Kranken- und Rekonvaleszentensera (frische, aktive) positiv, bei inaktivierten in erheblich geringerem Prozentsatz, und zwar vom dritten Tage (bei aktivem Serum bis zur fünften Krankheitswoche). Bei Bauchtyphus war sie fast immer negativ.

Nach A. Soncek (Zur klinischen und serologischen Diagnose des Fleckfiebers; M. m. W. 1916 Nr. 51) weist der Ausschlag alle Abstufungen vom flüchtigen, wie hingehauchten Aussehen bis zum lange sichtbaren hämorrhagischen Charakter auf und schwanken die nervösen Erscheinungen zwischen Kopfschmerz und erschwertem Denkakt bis zu schwerster Benommenheit und Meningitisform. Verwechslung mit Masern, Röteln, Scharlach, Typhus, Paratyphus und Meningitis liegt nahe. Fälle, wo nur mehr kaum sichtbare Ausschlagreste, besonders in Schulter- und Flankengegend, neben nervösen Erscheinungen und Fieber vorhanden, sind schwer erkennbar.

Gegenüber Masern treten Schleimhauterscheinungen bei Fleckfieber viel weniger in den Vordergrund, fehlen die Koplikschen Flecken und die Rötung des Rachens, ist die rote Fleckung des Gaumens nie so deutlich und anhaltend. Der — makulopapulöse — Masernausschlag konfluiert rasch, der — makulöse — des Fleckfiebers tut dies weniger. Bei Fleckfieber ist der Stuhl meist normal oder angehalten, bei Masern oft diarrhoisch. Pigmentflecke sind in der Rekonvaleszenz bei beiden Krankheiten an der Stelle des Ausschlags. Röteln sind durch das Verhalten der Temperatur und die allgemeine Drüsenschwellung deutlich gekennzeichnet, Scharlach durch die Blässe um den Mund und die mehr zinnoberrote Farbe des Ausschlags, gegenüber der mehr karminroten Farbe bei Fleckfieber, bei dem das ganze Gesicht mehr oder weniger unregelmäßig gefleckt ist. Bei Typhus und Paratyphus ist das Roseolaexanthem viel plastischer, an den Extremitäten spärlicher, die frische Roseola ziemlich scharf begrenzt; bei reichlichem Ausschlag ist Unterscheidung schwer. Bei Meningitis entscheidet Lumbalpunktion und Verlauf. Soncek hat die von Weil und Felix gefundene Agglutination des Proteusstammes X_{19} durch das Serum von Fleckfieberkranken in 26 Fällen geprüft. 24 Fälle konnten um die Zeit der Entfieberung oder kurz nachher, wo der Titer am höchsten ist, geprüft werden; die Agglutination war 17 mal bis 1000 und höher positiv; Reaktionen unter 1 : 500 während der ganzen Krankheit sind selten. Ein Titer von 1 : 25 macht Fleckfieber wahrscheinlich, ein solcher von 1 : 50 sicher. Bei Quarantänierten, bei welchen nur zeitweise auftretende abendliche Temperatursteigerungen aufmerksam machten, konnte erst durch die Agglutination sicher auf vor etwa drei bis fünf Wochen überstandenes Fleckfieber geschlossen werden. Später und unter Erreichung eines hohen Titers auftretende Reaktion kommt meist bei klinisch schweren Fällen mit nur geringer Bildung von Antistoffen vor. Bei über 60 verschiedenen Krankheitsfällen (Ruhr, Scharlach, Typhus u. a.) fehlte die Weil-Felixsche Klebung.

J. Cancik (Das Vorkommen der Weil-Felixschen Reaktion bei Fleckfieber vom Balkankriegsschauplatz. Aus dem k. k. hygienischen Institut der deutschen Universität in Prag; Wien. kl. Wochenschr. 1916 Nr. 49) untersuchte 155 Fleckfieber- und fleckfieberverdächtige Fälle mit den verhältnismäßig schwer agglutinablen Stämmen X_1 und X_2.[1]) 20 davon hatten negativen Befund bei der Weil-Felixschen Reaktion; 1 Sepsis mit Streptokokkennachweis im Blut, 1 Paratyphus-A mit Bazillennachweis im Blut, 18 Fälle zeigten im klinischen Verlauf unmittelbar nach Blutentnahme, daß es sich nicht um Fleckfieber handeln konnte; von den übrigen 135 reagierten 12 wiederholt negativ, die restlichen 123 mit durchaus positiver Weil-Felixschen Reaktion waren auch klinisch als Fleckfieber konstatiert. Die Reaktion war also in über 90 % der Fälle positiv. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle wies eine Titersteigerung auf 1 : 100 bis 1 : 200 auf. 98 Sera von sicher nicht Fleckfieberkranken (darunter 40 klinisch sichere Bauchtyphusfälle mit positivem Bazillenbefund und 58 verschiedene andere Erkrankungen

[1]) 1915 von Weil und Felix aus Harn und Stuhl Fleckfieberkranker gezüchteter proteusartiger Bazillus, der mit Serum von Fleckfieberkranken ständig Agglutination ergibt.

und Gesunde) zeigten negative Weil-Felixsche Reaktion. Bei einer kleinen Anzahl der Kontrollseren wurde bei der Verdünnung 1 : 25, wenn die Proben 18 bis 24 Minuten gestanden waren, eine geringe Bodensatzbildung beobachtet, die aber nie zu einer Verwechslung mit der spezifischen Reaktion führen konnte, übereinstimmend mit den Angaben von Weil und Felix. Einige zwei Monate aufbewahrte Fleckfieberseren reagierten in durchschnittlich vierfach stärkerer Verdünnung mit Stamm X_{19} als mit Stamm X_1 und X_2. X_{19} gibt mit Serum gesunder oder anders kranker Personen keine Normalagglutination. Unter den Fällen mit positiver Weil-Felixscher Reaktion hatten 71 positive Gruber-Widalsche Reaktion, wahrscheinlich infolge früherer Typhus-Schutzimpfung. Der Typhustiter (Gruber-Widalsche Reaktion) stieg bei 28 Fleckfieberfällen im Verlauf der Krankheit an. Der Weil-Felixsche Bazillus ist also ein entscheidendes Hilfsmittel bei der Erkennung des Fleckfiebers, wenn auch seine ursächliche Beziehung zum Fleckfieber noch nicht geklärt ist. Die Weil-Felixsche Reaktion beruht nicht auf einer lokalen Mischinfektion mit einem Proteusstamm vom galizischen und russischen Kriegsschauplatz, sondern trat also auch bei einer damit gar nicht zusammenhängenden Epidemie serbischen Ursprungs in mindesten 90% der Fälle auf.

Dietrich (Beitrag zur Weil-Felixschen Reaktion bei Fleckfieber; D. m. W. 1916 Nr. 51) hat mit dem Weil-Felixschen Stamm X_{19} einige morphologische und biologische Untersuchungen angestellt und zugleich mit vier Kontrollkulturen von Proteus vulgaris. Es ergab sich, daß es sich bei der Kultur X_{19} um einen echten Proteus vulgaris handelt. Bei 81 Fleckfieberkranken bezw. -rekonvaleszenten (3. bis 41. Tag nach der Erkrankung) fiel die Weil-Felixsche Reaktion positiv aus in allen Fällen, und zwar bei 40 austitrierten Sera

1 : 100 . .	1 mal	1 : 1600 . .	10 mal
1 : 200 . .	6 mal	1 : 3200 . .	4 mal
1 : 400 . .	7 mal	1 : 6400 . .	2 mal,
1 : 800 . .	10 mal		

in 41 Fällen, in denen der Endtiter nicht bestimmt wurde, lag er über 1 : 200.

Der höchste Titer wurde in der Zeit zwischen dem 8. und 14. Tage nach der Erkrankung gefunden.

Bei den Kontrolluntersuchungen an 100 Sera Gesunder und Nichtfleckfieberkranker aus Berlin und Umgebung war die Reaktion regelmäßig bei 1 : 100 und mit einer Ausnahme auch schon bei Verdünnung 1 : 50 negativ, in 90% selbst bei Verdünnung 1 : 25. Ein positiver Ausfall bei 1 : 50 bezw. 1 : 100 wurde unter den Kontrollsera je einmal erst nach 24 stündigem Stehenlassen bei Zimmertemperatur beobachtet. Damit glaubt Dietrich die Befunde von Weil und Felix und von Fuchs (Feldärztl. Blätt. 1916 Nr. 16) bestätigen zu können, und er erklärt, daß alle innerhalb zwei Stunden bei 37° erzielten positiven Befunde über 1 : 100 mit größter Sicherheit für Fleckfieber sprechen, der positive Ausfall bei 1 : 100 mit Wahrscheinlichkeit. Die Agglutination hatte nach zweistündigem Brutschrankaufenthalt ihren Höhepunkt erreicht. Bei längerem Belassen darin bildeten sich auch bei den Kontrollsera gewisse Häufchen. Die spezifische Ausfällung ist aber meist charakteristisch feinkörnig und von auffallend gleichmäßiger Flockengröße. Verwendbar sind nur 16- bis 18-stündige Kulturen. Der Kulturrasen eines Agarröhrchens wurde mit 2,0 ccm Kochsalzlösung abgeschwemmt und zu je 1 ccm Serumverdünnung ein Tropfen dieser Emulsion zugesetzt. Bei häufig weiter überimpften Kulturen nahm die Agglutinierbarkeit ab; deshalb wurden frisch aufgegangene 18 stündige Kulturen im Frigoapparat (etwa bei 12 bis 14°) eingefroren vorrätig gehalten. Auch lebende Bazillenabschwemmungen, in Kochsalzlösung bis zu 14 Tagen im Eisschrank aufbewahrt, sind brauchbar. „Mehrmaliger negativer Ausfall der Reaktion spricht zwar nicht unbedingt gegen Fleckfieber, macht die Diagnose jedoch recht unwahrscheinlich."

Typhus-, Paratyphus-A und B-, Ruhr-, Cholera-, Rotz- und Maltafiebersera beeinflußten X_{19} nicht, auch nicht Serum von Tieren, welche mit Fleckfiebervirus von Menschen- oder Tierblut vorbehandelt waren, auch ferner nicht Sera von Tieren, die mit den von Plotz, Petruschky, Fürth und Czernel als Fleckfiebererreger angesprochenen Keimen infiziert waren. Serum von fleckfieberkranken Menschen, auf den Agglutiningehalt gegenüber diesen letzteren Keimen geprüft, ergab nur in ca. 30% Agglutination, aber auch einzelne Kontrollseren. Die verschiedenartigsten bei Fleckfieberkranken gefundenen Bakterien werden durch die Sera dieser Kranken agglutiniert (Paragglutination, ähnlich wie bei Kolistämmen aus Ruhrstühlen, durch den Aufenthalt in fleckfieberkranken Medien erworben). X_{19} kommt nach Dietrich nicht als Erreger des Fleckfiebers in Betracht, die Weil-Felixsche Reaktion ist keine spezifische. Es gelang nicht, bei Meerschweinchen mit diesem Proteus Fleckfieber, klinisch oder anatomisch nachweisbar hervorzurufen, besonders nicht die bei an Fleckfieber verendeten Meerschweinchen gefun-



denen perivaskulären und enzephalitischen Herde. Komplementbindungsversuche mit Fleckfiebersera und Extrakten aus X_{19} waren negativ. Möglicherweise tritt unter dem Einfluß des Fleckfiebers der beim Menschen im Darm vorkommende Proteus vulgaris in die Blutbahn und führt zur Bildung von für bestimmte Proteusarten spezifischen Agglutininen, was das Ausbleiben der Reaktion bei experimentell mit Fleckfiebervirus infizierten und immunisierten Tieren erklären würde.

B. Grünfeld (Über Fleckfieber; W. kl. W. 1917 Nr. 13) ist der Ansicht, daß im ersten Stadium des Fleckfiebers Atonie, im zweiten Reizung des parasympathischen Systems besteht, ersteres charakterisiert durch Stillstand aller Sekrete und Hormone, letzteres durch Hypersekretion. Wenn, wie oft, im zweiten Stadium durch wechselndes Überwiegen bald Hypo-, bald Hypersekretion auftritt, kommt es zum Tode.

Die Ähnlichkeit des ersten Stadiums mit Tollkirschenvergiftung veranlaßte Grünfeld zur Anwendung von Physostigmin; er sah besten Erfolg. Die Symptome schwinden für die Dauer der Wirkung des Mittels, die sich, im Gegensatz zu dem zentral angreifenden Toxin, peripher äußert. **Serum oder Zerebrospinalflüssigkeit von Fleckfieberkranken erzeugt im Katzenauge Mydriasis, was eine leichte Frühdiagnose ermöglicht.**

O. Süßmann (Lausol Lang, ein neues Läuseabtötungsmittel; M. m. W. 1917 Nr. 6) hat dieses Mittel (Fabrik Griesheim-Elektron) – eine Lösung fester Kohlenwasserstoffe in der mehrfachen Menge flüchtiger Chlorkohlenwasserstoffe, zu welcher geringe Mengen Schwefelkohlenstoff und Bitterstoff in alkoholischer Lösung zugesetzt ist, die sich leicht verflüchtigt und nicht brennbar ist — geprüft und eine zuverlässige Abtötung von Läusen und Nissen festgestellt; auch für Kopfläuse eignet es sich.

Nach G. Wulker (Zur Frage der Läusebekämpfung; M. m. W, 1915 Nr. 18) tötet Cinol (Fabrik W. Natterer, München 19), das 10% einer Mischung von ätherischen Ölen und stark desinfizierenden Stoffen (Terpenen) enthält, die Läuse im Experiment in einem geschlossenen Gefäß in 20 bis 30 Minuten, auch bei Anwendung geringer auf Tuch geriebener Mengen. Hornstein (M. m. W. 1915 Nr. 22) hat mit der praktischen Anwendung des Mittels durchaus befriedigende Erfahrungen gemacht. Desgleichen Bruck (Med. Klin. 1915 Nr. 45), der besonders auf die bequeme Anwendung aufmerksam macht; auch die Nisse fielen, wie er mehrfach beobachtete, nach mehrtägiger Behandlung mit Cinol ab. Cinol kommt in Stücken von der Größe eines kleines Stückes Toilettenseife in den Handel; von Verlausung betroffene Kleidungsstücke und Körperteile werden damit gründlich eingerieben.

B. Nocht und J. Halberkann (Beiträge zur Läusefrage; M. m. W. 1915 Nr. 18) empfehlen vier Säckchen mit p-Dichlorbenzol (1 kg kostet 1,80 M), je eins in jedes Hosenbein und je eins auf jede Brustseite tragen zu lassen. Es muß, da es schnell verdunstet, alle drei Tage erneuert werden. Leichtes Brennen auf der Haut und Reizung der Konjunktiven schwinden nach Lageveränderung oder Weglassen der Säckchen. Es ist unter dem Namen Globol als Mottenmittel bekannt. Kresolpuder tötet nach 48 stündigem Tragen im Säckchen drei Viertel aller Läuse ab. Ferner empfiehlt er Besprühen von Kleidern und Lagerstroh mit folgender Mischung:

Ol. Trebinth 10 ccm,
Tetrachlorkohlenstoff,
Brennspiritus, 96 Vol.-Proz., ana 43 ccm,
Sal. virid. venalis 4 4 g.

Die Feuergefährlichkeit ist praktisch sehr gering.

Sonstige Literatur.

Weltmann, Oskar, Die Trübungsreaktion nebst Beobachtungen über die Widal- und Weilsche Reaktion bei Fleckfieber. W. kl. W. 1916 Nr. 19 S. 573.

Reichenstein, Marek, Fleckfieber und Widalsche Reaktion. Feldärztl. Blätter der 2. Armee 1916 Nr. 11.

Rabinowitsch, M., Zur Ätiologie des Flecktyphus. Arch. f. Hyg. 71 S. 331.

Fürth, Die Fleckfiebererkrankungen des Frühjahrs 1911. Arch. f. Hyg. 70, S. 333.

Predtjetschensky, Zur Frage über den Flecktyphuserreger. Zbl. f. Bakt. I, Orig., 55, S. 212.

Lewin, Zur Ätiologie des Flecktyphus. Zbl. f. Bakt. I, Orig., 60, S. 498.

v. Prowazek, Ätiologische Untersuchungen über den Flecktyphus. Beitr. z. Klin. d. Infekt.-Krkh. 1914.

Müller, P. Th., Bakteriologische Untersuchungen bei Flecktyphus. Arch. f. Hyg. 81.

Plotz, The etiology of typhus fever. Zbl. f. Bakt., Ref., 64, S. 516.

Bofinger, Ätiologische, klinische und mikroskopische Beobachtungen bei einer Fleckfieberepidemie. Zbl. f. Bakt., I, Orig., 78, S. 72.

Heyler und v. Prowazek, Untersuchungen über Fleckfieber. Berl. klin. Wochenschr. 1913 S. 2035.

Gotschlich, Über Protozoen-Befunde im Blute von Flecktyphuskranken. D. m. W. 1903 S. 329.



Töpfer und Schüßler, Zur Ätiologie des Fleckfiebers. D. m. W. 1916 S. 1157.
Nicolle, Recherches experimentales sur le Typhus exanthematicus etc. Annales de l'Inst. Pasteur 24, S. 243.
Rocha-Lima, Untersuchungen über Fleckfieber. M. m. W. 1916 S. 1381.
Stempell, Über einen als Erreger des Flecktyphus verdächtigen Parasiten der Kleiderlaus. D. m. W. 1916 Nr. 15.
Weil und Felix, Zur serologischen Diagnose des Fleckfiebers. W. kl. W. 1916 S. 33.
Hauser, Zur Ätiologie des Fleckfiebers. D. m. W. 1916 S. 1254.
Brauer, L., Erkennung und Verhütung des Flecktyphus usw. Würzburg 1915, Kabitzsch.
Fränkel, E., Fleckfieberdiagnose. M. m. W. 1915 Nr. 24.
Jochmann, Fleckfieber und Rückfallfieber. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1915 Nr. 1.
Kirsteiner, F., Fleckfieber und seine Bekämpfung. Veröffentlichungen a. d. Gebiete der Medizinalverwaltung IV. Bd. 9. Heft. Berlin 1915.
Wenckebach, Klinik des Fleckfiebers. M. m. W. 1915 S. 856.
Habelin, P., Zur Differentialdiagnose zwischen Typhus exanthematicus und abdominalis. W. kl. W. 1916 S. 35.
Wiener, Über Flecktyphus. W. kl. W. 1916 S. 117.
Kaup, Zur Frage des Flecktyphus auf dem galizischen Kriegsschauplatz. W. kl. W. 1916 S. 217.
Kyrle, J., und Morawetz, G., Weiterer Beitrag zur Frage der „papulo-nekrotischen Umwandlung" des Fleckfieberexanthems. W. kl. W. 1916 S. 412.
Walko, K., Über Fleckfieber und hämorrhagischen Typhus. W. kl. W. 1916 S. 313.
Felix, A., Die Serodiagnostik des Fleckfiebers. W. kl. W. 1916 S. 873.
Weil, E., und Felix, A., Über die Beziehungen der Gruber-Widalschen Reaktion zum Fleckfieber. W. kl. W. 1916 S. 974.
Csernel, F., Ätiologische Untersuchungen bei Fleckfieber. Vorläufige Mitteilung. W. kl. W. 1916 S. 1097.
Sikora, H., Beiträge zur Biologie von Pedikulus vestimenti. Zbl. f. Bakt. 1915, I, Orig., 76, S. 523.
Widmann, E., Zur Frage der Übertragung von Bakterien durch Läuse. M. m. W. 1915 Nr. 39.
— Beiträge z. Kenntnis der Biologie der Kleiderlaus und deren Bekämpfung. Ztschr. f. Hyg. 80, S. 289.
Sergent, E., Folcy, H., Vialatti, C., Sur des formes microbiennes abondantes dans le corps de poux infectés par le typhus exanthématique et toujours absentes dans les poux temoins non typhiques. Compt. rend. soc. biol. 1914, 77, S. 101.
Nicolle, Ch., Conor, A., Conseil, E., Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis. Annal. de l'Institut 25, S. 97.
Soncek, Alfred, Fleckfieber im Kindesalter. W. m. W. 1916 Nr. 48.
Meyer, F., Klink, A., Schlesies, E., Fleckfieberbeobachtungen (Optochinbehandlung eventuell subkutan und intravenös). B. kl. W. 1916 Nr. 8.
Lipschütz, B., Zur Kenntnis der Klinik des Flecktyphus. W. kl. W. 1915 Nr. 32.
Dünner, Über Fleckfieberforschung. Ther. d. Gegenwart 1916 Nr. 6.
Spät, Flecktyphus. W. kl. W. 1915 Nr. 41 u. 49.
Fränkel, E., Über Flecktyphus und Roseola. M. m. W. 1914 Nr. 2.
Albrecht, H., Pathologisch-anatom. Befunde bei Fleckfieber. Österr. Sanitätswesen 1915 Nr. 36/38.

Kyrle, J., Zur Histologie des Fleckfieberexanthems, nebst Mitteilung eines ungewöhnlichen Falles von postexanthematischer Hautveränderung. W. kl. W. 1915 Nr. 47.

Munk, Über die Wirkung und Anwendung des „Nukleo-Hexyls" bei Fleckfieber. M. m. W. 1916 Nr. 34.

Jürgens, G., Das Fleckfieber. Berlin 1916, Verlag A. Hirschwald.

Hillenberg, Veröffentl. a. d. Gebiet der Med.-Verwaltung Bd. VI Heft 4 (betont auffällig häufiges Zusammenauftreten von Fleckfieber und Typhus).

Rocha-Lima, Da, Beobachtungen über Fleckfieberläuse. Arch. f. Tropenhygiene 1916 Nr. 2.

Sterling, Gaseta Lakarska 1915 Nr. 52, 1916 Nr. 19.

Lehndorff, Zentralbl. f. innere Med. 1916 Nr. 29 (an harten Gaumen, Zäpfchen und Gaumenbögen in sechs Fällen charakteristischer Fleckfieberausschlag).

Munck, B. kl. W. 1916 Nr. 20.

Töpfer, D. m. W. 1916 Nr. 41.

Csernel, E., Über eine anaphylaktische Reaktion bei Fleckfieber. Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 8. 22. Februar. (Die mit Csernels Fleckfieberbazillen sensibilisierten Meerschweinchen reagierten auf intrakardiale Reinjektion von Fleckfieberblut mit anaphylaktischem Chok.)

Wollermann und Büscher, Beobachtungen über Kleiderläuse und Nissen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankheiten usw. Bd. IV H. 2. (Die Nissen sitzen auch an den Haaren von Achselhöhle, Scham und After.)

Jucker, A., Übertragungsmöglichkeit von Fleckfieber auch durch Filzläuse. Ebenda Bd. IV H. 2.

Rondke, Die Fleckfieberepidemie im Görlitzer Kriegsgefangenenlazarett. Med. Klin. 1915 Nr. 42 S. 1152 bis 1154. (Übertragung durch Kopfläuse. — Fälle ohne Ausschlag.)

Arnheim, G., Über die mutmaßlichen Erreger des Fleckfiebers. D. m. W. 1915 Nr. 36. Züchtung von feinsten gram-positiven unbeweglichen Stäbchen, von der Größe der Influenzastäbchen, mit abgerundeten Ecken aus Blut, Sputum und Urin von Fleckfieberkranken und aus Organen und Haut von Fleckfieberleichen; morphologische Übereinstimmung mit den von anderen Autoren beschriebenen Bakterien. Für das Vorhandensein protozoischer Erreger ergaben sich keine Anhaltspunkte.

Friedländer, Prof. Dr., Medizin und Krieg. Wiesbaden 1916, J. F. Bergmann. 48 S. (Eine sehr instruktive und lesenswerte Arbeit.)

Benda, C., Mikroskopische Befunde in der Haut bei petechialer Meningokokken-Meningitis. B. kl. W.



1916 Nr. 17. (Das petechiale Exanthem — auf Metastasen von Meningokokken beruhend — kann leicht zu Verwechslung mit Fleckfieber führen.)

Hase, A., Experimentelle Untersuchungen zur Läuse-Bekämpfung. Zeitschr. f. Hygiene Bd. 81 Heft 2 (am sichersten Kresole; Karbolsäure; Holzessig; heiße Luft).

Kulka, W., Ein neues Mittel zur Läusevertilgung. M. m. W. 1915 Nr. 18. (Trichloräthylen, bosnische Elektrizitätsgesellschaft, Wien I, Tegethoffstr. 7.)

von Wasiliewski, Vorbeugung von Fleckfieberübertragungen auf Ärzte und Pfleger. M. m. W. 1915 Nr. 18.

Hillenberg, Veröffentl. a. d. Geb. der Med.-Verw. Bd. VI, H. 4.

Sobernheim, Prof. Dr. J., Leitfaden für Desinfektoren. III. Auflage. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Riegel, Bekämpfung der Läuseplage. M. m. W. 1916 S. 29.

Läusekrankheit, Bekämpfung im Altertum. M. m. W. 1916 S. 608.

Müller, Naturgeschichte der Läuse. W. kl. W. 1916 S. 103 (Referat).

Seitz, Zur Läusevertilgungsfrage. M. m. W. 1916 S. 702.

Pascheff, C., Nekrose der Augapfelbindehaut mit Leukozytheneinschlüssen bei Typhus exanthematicus. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg. Nr. 7. (In den Leukozythen nach Giemsa blaugefärbte Körnchen, größer als die v. Prowazekschen.)

Wiener, Zur Epidemiologie und Prophylaxe des Fleckfiebers. W. kl. W. 1917 Nr. 5.

v. Scheurlen, Leitfaden der prakt. Desinfektion und Ungezieferbekämpfung. 2. Aufl. Stuttgart 1916.

Wolf, Das Fleckfieber. Reichs-Med.-Anzeiger 1917 Nr. 3.

Hase, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Läusebekämpfung. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 81 Heft 2.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



NOV 20 1919

Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 13/14. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 17/18. 21. Juli **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Das Kaufmann-Verfahren bei funktionellen Nervenstörungen.

Von San.-Rat Dr. **Bresler.**

F. Kaufmann (Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung; M. m. W. 1916 Nr. 22, 30. Mai) hat bei veralteten Fällen psychogener Bewegungsstörung, wo die übliche Suggestivbehandlung sehr wenig befriedigte, auf eine Methode zurückgegriffen, die er 1903 an der Erbschen Klinik zur Anwendung gebracht hatte: energische faradische Pinselung. Ein während der Herbstferien beobachteter Fall, wo er eine hartnäckige hysterische Kontraktur durch überraschende, 10 Minuten lange, schonungslose Behandlung mit der elektrischen Bürste, in die der ganze faradische und galvanische Strom des großen Anschlußapparates geleitet wurde, unter gleichzeitiger ständiger Wortbeeinflussung prompt beseitigte, veranlaßte ihn zu weiterer Verwendung dieses Verfahrens in der Erwägung, daß, wie eine durch seelische Erschütterung aus dem Gleise gebrachte Innervation sehr häufig durch eine neue Erschütterung wieder in die richtige Bahn gebracht wird, ein solcher Chok durch Bearbeiten mit einem kräftigen elektrischen Strom künstlich herbeigeführt und unter entsprechender Wortsuggestion in Befehlsform zur Heilung verwendet werden kann.

Kaufmann schildert das Verfahren, das er seit Ende 1915 anwendet und Überrumpelungs-Methode nennt, wie folgt:

1. Die suggestive Vorbereitung; dem Kranken wird eingeredet, daß die Behandlung zwar schmerzhaft ist, daß er aber durch den Strom in einer Sitzung sicher und dauernd geheilt wird.

2. Psychischer Chok durch sehr kräftigen (bei Kranken, die bis dahin nie elektrisiert wurden, mäßig kräftigen) sinusoidalen Strom des Erlanger Pantostaten, der weniger unangenehm empfunden wird als der faradische, eventuell kombiniert mit dem galvanischen Strom, besonders wenn gleichzeitig hysterische Anästhesie zu beseitigen ist. Als Applikationsort werden nur indifferente Körperteile gewählt, zumal wenn sie Sitz des Hauptsymptoms sind, z. B. die Beine bei pseudospastischer Gehstörung; dagegen z. B. bei Aphonie die große Plattenelektrode auf den unteren Teil der Wirbelsäule, während mit der Erbschen Normalelektrode oder der elektrischen Bürste der Arm bearbeitet, aber der Kehlkopf überhaupt nicht berührt wird. Kaufmann läßt den Strom etwa 2 bis 5 Minuten wirken, dann nimmt er Übungen vor, dann wird wieder elektrisiert usw.

3. Strengste militärische Behandlung und Form der Befehle, bei den Übungen genau wie auf dem Kasernenhof. Z. B. Leute mit Tremor des Kopfes müssen nach Kommando „Augen rechts" und „Augen links" üben.

Außerordentlich wichtig ist die militärische Vorgesetzteneigenschaft des Sanitätsoffiziers.

4. Unerbittliche Hartnäckigkeit in der Durchführung der Behandlung. „Man darf sich nicht scheuen, mit dem Spastiker, Zitterer und Ataktiker selbst langsamen Schritt zu üben. Man darf nicht aufhören, dem aphonischen Patienten immer wieder nach kräftigem Elektrisieren das Anlauten des „A" anzubefehlen, dabei mit energischen Gesten (wie ein Kapellmeister die Fortissimi herausholt)



nachzuhelfen." . . . . „dann bleibt der Erfolg nicht aus, wenn er auch öfter erst nach halb- bis ein- bis mehrstündiger, andauernder Bemühung eintritt."

Tremor, Tic, Ataxie steigern sich in den ersten 10 bis 15 Minuten, ja noch länger, was aber von der Fortsetzung der Behandlung nicht abhalten darf. Bei schwer zu beeinflussenden Kranken werden zweckmäßig während der Sitzung zeitweise Pausen von einigen Minuten eingeschaltet, in denen der Pat. sich selbst überlassen bleibt und nicht durch Unterhaltung abgelenkt werden darf, vielmehr durch Verbalsuggestion weitere Beeinflussung ausgeübt werden soll. Die Behandlung findet auf der Krankenabteilung, nicht ambulant statt. Die motorischen Reizerscheinungen sind meist leichter zu beseitigen als die schlaffen Lähmungen.

Eine Reihe von besonders hervorstechenden Erfolgen bei hartnäckigen Fällen wird aufgezählt, darunter ein Fall kompletter motorischer und sensibler Paraplegie der Beine, der sich innerhalb mehrerer Monate nach schwerem Schädeltrauma entwickelt und einer organischen Parese des linken Arms aufgelagert hatte und dann etwa ein halbes Jahr lang unbeeinflußbar geblieben war; ein Fall von Tremor, pseudozerebraler Ataxie und saltatorischem Reflexkrampf wurde nach 2½stündiger andauernder Bemühung geheilt bis auf den letzteren, dessen Beseitigung ebenfalls zu hoffen ist. Auch einige Fälle, wo das Verfahren nicht Erfolg hatte, werden mitgeteilt; in mehreren Fällen mit Kontraktur im Tibialis anticus bei gleichzeitiger Lähmung der Musculi peronei (ohne elektrische Veränderung) und mit strumpfförmiger Anästhesie nach Fußverletzung schwand die Anästhesie „auf Anhieb", während Kontraktur und Lähmung ganz unbeeinflußbar blieben.

Sehr vorsichtige Indikationsstellung ist unbedingt nötig, da die Methode bei länger fortgesetzter Anwendung schmerzhafter Ströme etwas heroisch ist. Trotz letzterem gehören die so Geheilten zu den dankbarsten Patienten.

Soldaten, die eben erkrankt aus dem Felde kommen, schließt K a u f m a n n von vornherein von der Behandlung aus, weil sie meist außer psychogenen Störungen an akuter Neurasthenie, mit hochgradiger seelischer und sensorischer Überempfindlichkeit, emotioneller Übereregbarkeit und schweren vasomotorischen Symptomen leiden; diese muß erst abgeklungen sein, ehe man an die Beseitigung der rein psychogenen Störungen durch die Überraschungsmethode gehen kann. Wie lange man „bei den Fällen, bei denen eine psychogene Fixierung ursprünglich akut neurasthenischer Erschöpfungszustände vorzuliegen scheint", wartet, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Ungeeignet sind ferner diejenigen Kranken mit rein psychogenen Symptomenkomplexen, welche mit explosiver Diathese, Neigung zu häufigen somnambulen Zuständen behaftet sind, Erethiker mit mimosenhafter Psyche; sie können auf die Überraschungsmethode sehr leicht mit akuter Verschlimmerung reagieren. „Weniger Federlesens" macht K a u f m a n n, wenn ein Soldat, der noch nie im Felde war, in der Heimat an Zittern der Glieder oder an Aphonia hysterica erkrankt. Nach K a u f m a n n liegen hier meist von vornherein „negative Begehrungsvorstellungen" vor. Das Hauptindikationsgebiet für die Überraschungs-Methode sind die „v e r s c h l e p p t e n" Fälle. Wenn die Kriegsneurosen alle rechtzeitig in die Nervenlazarette kämen, so wären sie überhaupt in sehr vielen Fällen unnötig. Nur der neurologisch geschulte Arzt soll die Methode ausüben. Die Überraschungs-Methode zwingt den Kranken, der nicht zur Heilung inkliniert, nach K a u f m a n n so gut wie immer in die Gesundung hinein, weil der gewaltige Schmerzeindruck alle negativen Begehrungsvorstellungen verdrängt. Das ist ein Vorzug gegenüber der Hypnose. Um Rückfall vorzubeugen, werden die Geheilten noch einige Wochen im Lazarett behalten; Rückfall kommt — an sich aber selten — besonders bei Mitspielen einer „mala voluntas" vor; aber auch bei bestem Gesundheitswillen kann er eintreten, wenn man der normalen Innervation nicht genügend Zeit läßt, sich zu festigen, was am besten unter den Augen des Arztes, der die „symptomatische Heilung" erreicht hat, geschieht. Richtige Beschäftigung im Lazarett ist dabei selbstverständlich.

K a u f m a n n verweist zum Schluß noch auf R e d l i c h s Aufsatz „Einige allgemeine Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem" (Med. Klinik 1915 Nr. 17), der ganz ähnlich vorzugehen scheint.

Als Resultat aus den letzten sechs Wochen vor dem Erscheinen seines Aufsatzes teilt K a u f m a n n noch folgende Heilungen mit: 7 Tremores, 3 schwere spastische Dysbasien, 2 schlaffe Dysbasien, 1 schlaffe Monoplegie und Anästhesie einer Oberextremität (nach vierjährigem Bestand!), eine Fingerkontraktur, 2 Fälle von Taubstummheit; in dieser Zeit ist ihm kein einziger Fall mißlungen.

K a u f m a n n erörtert die Notwendigkeit, die möglichst prompte symptomatische Heilung herbeizuführen, sobald die akuten Erschöpfungssymptome geschwunden sind. Bei den monosymptomatischen Fällen wird mit der Beseitigung des Symptoms die Krankheit geheilt, wenn auch die



Krankheitsbereitschaft bestehen bleibt, und bei den Kranken mit hysterischer Charakterveränderung oder mit Stigmaten wird mit den hervorstechenden motorischen Symptomen dem Krankheitsgefühl wenigstens eine wesentliche Stütze entzogen. Dazu kommt als weiterer Vorteil der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit und das Wegfallen der Rente. —

Nach einer Mitteilung des „Neuen Wiener Journal" vom 24. August 1916 (siehe Psychiatr.-neurologische Wochenschrift 1916 Nr. 26) behandelte Vincent, Direktor der neurologischen Zentrale in Tours, nichtorganische Nervenlähmungen bei Soldaten seit 15 Monaten mit einem starken, chokartig wirkenden elektrischen Strom und nachfolgenden gymnastischen Übungen. Er soll annähernd 10000 Soldaten geheilt und der Front zurückgegeben haben. In einem Falle, wo ein Soldat sich der Behandlung widersetzte, kam es zur gerichtlichen Entscheidung; der Soldat wurde verurteilt. Die „Académie de Médécine" entschied, daß jeder Soldat, der sich weigert, sich einem elektrischen Strom auszusetzen, der 100 Milli-Ampere nicht übersteigt, sich strafbar macht. Vincent hatte nur höchstens 60 Milli-Ampere angewandt. So äußerte sich auch die „Société médicale des hôpitaux" in Paris und die Hygienekommission der Kammer.

Löwenthal sagt in seinem Nachruf für Ludwig Bruns (Deutsch. med. Wochenschr. 1916, 21. Dezember), daß die „Überrumpelungsmethode" von Bruns in allem Wesentlichen mit der jetzt wieder durch Kaufmann empfohlenen erfolgreichen Intensivbehandlung der Kriegsneurosen übereinstimmt.

G. Mann (Zur Frage der traumatischen Neurose; Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 52) hat auf Grund der Erfahrung aus der Friedenspraxis schon November 1914 eine hysterische Paraplegie der Beine nach suggestiver Vorbereitung mittels eines starken faradischen Stroms in einer Sitzung geheilt. Aber auch durch andere Mittel konnten hysterische Symptome beseitigt werden, so z. B. wurde eine Stummheit infolge von Chokwirkung nach Granatexplosion durch einen „Pollitzer" sofort zum Sprechen gebracht. Ein anderer stumm gewordener — sehr frommer — Soldat wurde dadurch geheilt, daß man ihn plötzlich mit dem Zuruf: „Gelobt sei Jesus Christus" aus dem Schlaf weckte, worauf er gemütlich erwiderte: „In Ewigkeit, Amen"; ein anderer nach Granatexplosion taubstumm gewordener durch einmalige kurze Faradisierung des Kehlkopfs. Diese Fälle unterscheiden sich von den in Friedenszeiten betrachteten nur durch ihr häufigeres Auftreten und die allen gemeinsame Ätiologie.

Gonda (Rasche Heilung der Symptome der im Kriege entstandenen „traumatischen Neurose". Vorläufige Mitteilung. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 30) untersucht, in Abänderung der Kaufmannschen Methode, zunächst, bei welcher faradischen Stromstärke deutliche Kontraktion auftritt, steigert dann bei ausgeschaltetem Strom und unverrückten Elektroden die Stromstärke auf das Doppelte oder noch höher und schaltet hierauf diesen Strom wieder ein. Es findet dabei tetanische Kontraktion des gelähmten Muskels statt. Nötigenfalls wird dieses Verfahren wiederholt. Daneben findet Verbalsuggestion statt. Von den 251 erfolgreich behandelten Fällen — darunter auch Zittern, Anästhesien und Analgesien — waren manche vorher bis 22 Monate ohne Erfolg behandelt worden.

Auch J. Bauer (Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen; Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 30) benützte mit Erfolg den faradischen Pinsel.

W. Neutra (Bemerkungen zu J. Bauers Artikel: „Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen"; Wien. klin. Wochenschrift 1916 Nr. 39) erklärt gegenüber Gonda, daß er (Neutra) schon seit Dezember 1914 an seiner Nervenabteilung viele Hunderte von Hysterischen mit allen Formen von Lähmungen, Zittern, Gangstörungen, Aphonie, Taubheit usw. mit dem faradischen Pinsel mit und ohne Verbalsuggestion behandelt und fast immer in einer Sitzung geheilt hat, und ist überzeugt, daß auch an vielen anderen Krankenstationen aller kriegführenden Länder das gleiche Verfahren seit langem geübt wird. Aber erst dann und dort, wo milde physikalische Suggestivmittel und Hypnose — letztere als die „weitaus beste Suggestionsmöglichkeit" — versagen, soll man zur Chokwirkung durch den faradischen Pinsel greifen, der fast in jedem seiner Fälle volle Heilung gebracht habe, allerdings nach seiner Meinung nur Heilung der Krankheitssymptome. Die Chokwirkung ist also — sagt Neutra entgegen Gonda — keineswegs das einzige Heilmittel; sie ist auch nicht ganz gefahrlos (Bauer beschrieb einen Fall von Ohnmacht). Auch ist die Diagnose der Hysterie in manchen Fällen selbst für den Geübten schwierig, ein Irrtum möglich, abgesehen von den Fällen, wo sich Hysterie auf ein schweres organisches Leiden aufpflanzt. (Neutras Arbeit bringt auch sehr gute theoretische Erörterungen über das Wesen der Hysterie. Nicht jeder Hysteriker widerstrebt dem Gesundwerden.)



In „Neue Methoden und Gesichtspunkte zur Behandlung der Kriegsneurose" (Vortrag, B. kl. W. 1916 Nr. 50) bemerkt L. Mann, daß das Prinzip des Verfahrens durchaus nicht neu, die Wirkung schmerzhafter Reize gegenüber hysterischen Erscheinungen schon seit vielen Jahren allbekannt ist, besonders die Anwendung des faradischen Pinsels, der nicht nur Schmerz erregt, sondern auch die Funktion weckt. Mann hat letztere Methode bereits 1911 in dem von ihm gemeinsam mit Boruttau herausgegebenen „Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität" (Leipzig 1911, Bd. 2, 2. Hälfte, S. 612 ff.) ausführlich geschildert, und zwar auch besonders die Verbindung der suggestiven schmerzhaften Faradisation mit Übungen. Mann läßt diese Übungen in der Weise machen, daß er zunächst die gewünschte Bewegung durch kräftige elektrische Reizung auslöst, dann den Patienten bei ausgeschaltetem Strom energisch auffordert, die Bewegung aktiv auszuführen, und wenn ihm dies nicht gelingt, den Strom von neuem einschaltet, in allmählich steigender Intensität. Diese Kombination hat sich ihm von jeher und schon vor der Kaufmannschen Publikation bewährt. Jedoch waren in den meisten Fällen — so berichtet Mann weiter — bei seinem Verfahren eine ganze Zahl von Sitzungen nötig, in welchen die Schmerzhaftigkeit erst allmählich gesteigert wird. Neu sei beim Kaufmann-Verfahren nur die Rigorosität und Dauer. Mann hält eine derartige kräftige und andauernde Anwendung des elektrischen Stromes nicht für ganz unbedenklich. In der Münchener Diskussion wurden zwei Todesfälle, die während der Kaufmannschen Behandlung eingetreten sind, erwähnt [Köster (Neurol. Zbl. 1916 S. 861), Liebermeister (ebenda S. 862)]; in beiden wurde bei der Sektion die Thymus vergrößert gefunden. Inzwischen ist Mann privatim von einem weiteren Todesfall berichtet worden. Mann glaubt, daß diese Vorkommnisse nur auf einen Fehler der Technik und auf ungenügende Berücksichtigung gewisser elektrotherapeutischer Grundlagen zurückzuführen sind. Der jetzt so viel gebrauchte Pantostat liefert nicht einen Induktions- oder faradischen Strom, sondern einen sinusoidalen Wechselstrom, der zwar wie der faradische ein rhythmisch unterbrochener, wechselnd gerichteter Strom ist und tetanisierend wirkt, aber vom faradischen, der hohe Spannung, dagegen nur ganz geringe Intensität entsprechend der Steilheit seines Wellenablaufes besitzt, sich durch erhebliche Intensität auszeichnet und darin dem Gleichstrom ähnlicher ist, infolge seiner hohen Intensität in die Tiefe dringt und die inneren Organe beeinflußt. Der faradische Strom gleicht sich an der Oberfläche ab, analog dem Verlauf der hochgespannten Entladungen der Franklinschen Methode. Der Tod durch starke elektrische Ströme beruht auf elektrolytischer Beeinflussung des Herzmuskels und seiner Ganglien. Große Hunde können schon durch Wechselströme von etwa 50 Volt ab getötet werden, während der faradische Strom auch bei größten Stromstärken so gut wie ungefährlich ist, weil er nur geringe Tiefenwirkung hat. Eine Spannung bis zu etwa 60 Volt, wie sie die Pantostaten liefern, kann bei zufällig günstiger Elektrodenanordnung, günstigen Leitungsverhältnissen usw. schon gefährlich werden. Besonders gefährlich muß die Kombination mit dem Gleichstrom sein. Mann fordert also, daß man sich nur des faradischen Stroms, wie er vom Duboisschen Schlittenapparat geliefert wird, bedient, niemals aber des sinusoidalen Wechselstroms und besonders nicht des kombinierten Wechsel- und Gleichstroms. Den faradischen Strom kann man in hohen Stromstärken selbst in der Nähe lebenswichtiger Organe, z. B. am Halse bei Aphonie, anwenden. Mann glaubt, daß man durch ausschließliche Anwendung des faradischen Stroms wird weitere Todesfälle vermeiden können.

Durch brüske Behandlung können hysterische Anfälle ausgelöst werden; Mann hat zweimal einen schweren hysterischen Anfall mit nachfolgendem langdauernden Dämmerzustand während der Behandlung gesehen; in dem einen mit so ausgeprägter psychischer Übererregbarkeit, daß Mann von weiteren Versuchen abstand; der Kranke war zur Zeit des Vortrages noch ungeheilt; im zweiten, bei dem sich an den Dämmerzustand (vorübergehendes) hysterisches Stottern anschloß, wurde nach einigen Tagen Ruhe die Behandlung mit gutem Erfolg fortgesetzt.

Mann beschreibt sein Verfahren wie folgt:

Ich verfahre im allgemeinen also so: In der ersten Sitzung werden kurze Zeit recht energische faradische Ströme angewendet, um zunächst sozusagen Eindruck zu machen, aber nicht in stundenlanger Ausdehnung, sondern sobald sich einiger Erfolg gezeigt hat, wird die Sitzung geschlossen und die Fortsetzung erfolgt am nächsten Tage. Es kann dann mit schwächeren Strömen begonnen werden, wenn eine gewisse Besserung sich zeigt und der Patient den guten Willen erkennen läßt, die Störung zu überwinden. Eventuell müssen auch wieder stärkere Ströme angewandt werden bei mangelhaftem Erfolg. Dabei wird der Strom stets im Sinne einer Funktionserweckung angewendet, also es werden die gelähmten Muskeln in Bewegung

gesetzt, dadurch die Bewegungsmöglichkeit demonstriert, es werden die krampfenden Muskeln durch Reizung des ganzen Nervenstammes (Nervus cruralis, medianus usw.) tetanisiert, so daß die Extremität zeitweise ruhig gestellt wird. Inzwischen werden immer wieder suggestive Übungen im Gehen, Bewegen der Extremität, Ruhighalten derselben usw. vorgenommen.

Kaufmann gegenüber betont Mann, daß er dabei stets ohne das militärische Vorgesetztenverhältnis und ohne Uniform ausgekommen ist; die ärztliche Autorität muß dabei das Wesentliche sein.

Auch bei Offizieren hat Kaufmann mehrfach gute Erfolge mit langsam fortschreitender suggestiver faradischer Behandlung gehabt.

Bei Leuten, bei denen die Störung noch nicht lange bestand, und bei Leuten mit simpler, dem Kindlichen nahestehender Seele erzielte Mann Heilung in einer Sitzung; bei den meisten Fällen aber waren eine bis mehrere Wochen zur Behandlung nötig.

Mann hält gegenwärtig seine Methode der faradisch-suggestiven Behandlung als die in erster Linie anzuwendende. Von anderen ähnlich gerichteten Methoden erwähnt Mann die von Jendrassik (Neurol. Zbl. 1916 S. 496; Absonderung im Krankensaal, Verbot jeden Besuchs und Gesprächs, Milchdiät), Binswanger (Neurol. Zbl. 1916 S. 860; vollständige psychische Isolierung, neben Massage, Hydrotherapie usw., „Realsuggestionen"). Von anderer Seite ist Aufenthalt im Dunkelzimmer gerühmt worden, was aber wegen starker Wirkung auf die Seele mit Vorsicht angewendet werden muß. Von Jendrassiks Verfahren hat Mann keinen Erfolg gesehen. Rothmann (M. m. W. 1916 Nr. 35) hat durch suggestive Scheinoperation in 15 Fällen, Goldstein (Neur. Zbl. 1916 S. 842) in 7 Fällen Mutismen, Aphonien, Tremorformen, Lähmungen, Kontrakturen, Astasien usw. beseitigt, Mann mit promptem Erfolg einen schweren, 1/2 Jahr lang bestehenden Schütteltremor des rechten Arms, der vergeblich faradisch behandelt worden war, während sie ihm bei zwei anderen Fällen (Kontraktur und schweres hysterisches Stottern) völlig versagte. Mann erklärt aber, derartige Eingriffe im allgemeinen nicht zu schätzen. Endlich erwähnt Mann das Verfahren von Munck (M. m. W. 1916 Nr. 12 und 22; Hervorrufen von Erstickungsangst durch endolaryngeale Einführung einer Kugelsonde bei funktioneller Aphonie) und die Hypnose, die Nonne mit Erfolg angewandt hat (Neurol. Zbl. 1916 S. 136), der aber selbst einen gewissen Bruchteil nicht hypnotisierbar fand und unter den hypnotisierbaren wiederum eine Anzahl, bei welchen das Symptom in der Hypnose nicht schwand, wozu kommt, daß viele Ärzte eine verständliche Abneigung gegen das Hypnotisieren haben. Mann ist für seine Person der Überzeugung, daß er mit anderen[1]) Methoden und geringerem Kraft- und Zeitaufwand besseres leisten kann als mit der Hypnose. Einer bestimmten suggestiven Methode kann niemals eine allgemeine, d. h. für alle Fälle voraussagende Wirksamkeit zugesprochen werden.

In theoretischen Erörterungen widerlegt Mann auf Grund der Schlüsse, die er aus den Erfahrungen bei der Behandlung hysterischer Störungen zieht, die Ansicht, daß letztere auf sogenannten Begehr- und Wunschvorstellungen beruhen [so auch Oppenheim (Neurol. Zbl. 1916 S. 821) und Levy-Suhl (ebenda S. 955)]. Die Behandlung muß eine Art Erlebnis darstellen von solchem Eindruck, daß es sich dem Erlebnis, das die Störungen hervorgebracht hatte, zur Seite stellen kann. Dieser Eindruck braucht durchaus nicht immer schmerzhaft oder unangenehm zu sein. Mann teilt einige Fälle im einzelnen mit.

Nach E. Beyer, Roderbirken (Die Heilung des Zitterns und anderer nervöser Bewegungsstörungen; Anlage zu Nr. 4 der Amtlichen Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Jahrgang 1917 — erscheint auch in Psych.-Neurol. Wochenschrift) ist das sonst so vortreffliche und folgerichtige Kaufmannsche Verfahren, weil zu gewaltsam und schmerzhaft, in manchen Fällen nicht brauchbar und erschwert vielleicht sogar eben durch seine Schmerzhaftigkeit sich selbst die Sache und verhindert das Gelingen.

---

[1]) Hier wäre noch zu erwähnen: E. Urbantschitsch, Hysterische Taubstummheit (W. m. W. 1916 Nr. 7), 14 Fälle geheilt, in der Mehrzahl durch kurzen faradischen Schlag durch den Kehlkopf, und A. v. Sarbó, Neue Beiträge zur Kriegstaubstummheit (W. kl. W. 1916 S. 1581, Fußnote): „Mit der Vibration oder Faradisation heilte ich schon früher eine ganze Reihe hysterischer Aphonien. Heute heilen wir zu Dutzenden die Perseverierenden mittels Elektrisierung des Locus dolens."

[1]) Rothmann (bei Mann) empfahl, den Pat. in Äthernarkose zu versetzen, nachdem ihm eröffnet worden ist, daß in die Nerven eine so schmerzhafte Einspritzung gemacht werden müsse, daß sie in wachem Zustand nicht ausgeführt werden könne, Bereitstellung eines imponierenden Operationsapparats, Ätherrausch, Kochsalzinjektion während des Exzitationsstadiums, sehr großer Verband, energische Verbalsuggestion während des Erwachens.



Oehmen in Kevelaer hat gezeigt, daß man auch mit schwachem, nicht schmerzenden faradischen Strom unter Wachsuggestion zum Ziel kommt. In Roderbirken ist das Oehmensche Verfahren noch weiter vervollkommnet worden; in vielen Fällen kommt man dort auch ganz ohne Elektrisieren aus. Bei 270 Zitterkranken wurde die Störung ausnahmslos in einer Sitzung von 1 Minute bis 2½ Stunden beseitigt. Beyer gibt eine eingehende Schilderung dieses Verfahrens und seiner Wirkung. Nach einleitender Belehrung werden die zitternden Muskeln ruhig gestellt, gelähmte angespannt, zusammengekrampfte erschlafft oder durch Anspannung des Gegenwirkers gelöst, anfänglich eventuell mit Hilfe eines schwachen, eben fühlbaren faradischen Stroms. Dies wird sofort wiederholt und geübt, unter Zuspruch oder nötigenfalls unter militärischem Kommando, bis der Kranke selbst sich wieder Herr seiner Glieder fühlt; es folgt kräftigende, übende Nachbehandlung unter Bädern, Massage usw.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Bezüglich der Begriffsaufstellung **„Flucht in die Krankheit"** bemerkt Moeli gelegentlich einer Diskussion (Arch. f. Psych. 57 H. 2), daß das „in die Krankheit" bei Fernerstehenden der unrichtigen Auffassung Vorschub leisten kann, als ob die hystero-somatischen Zeichen etwas Ursprüngliches seien und ihr Auftreten die Krankheit kennzeichne, während sie tatsächlich gegenüber den nur physischen etwas Symbolisches behalten. Die Krankheitsentwicklung liegt weiter zurück, in der Auslösung der „Flucht". Wenn eine plötzliche Gewalteinwirkung mit Folgen auf vasomotorischem und sekretorischem Gebiet Boden für hysterische Störung schafft, so werden nicht nur die Funktionen der direkt betroffenen Teile, sondern auch für gewöhnlich latente Reste früherer Krankheiten die abnorme Reaktion an sich ziehen, entsprechend unbewußter Assoziation. Den direkten Drang zur Beseitigung der Unlust kann man sich vorstellen als nicht unmittelbar auf eine „Krankheit" an sich gerichtet, sondern zunächst gewissermaßen auf „Entlastung" der inneren Verantwortlichkeit: durch eine Beschränkung des Kraftgefühls, wodurch zugehörige Affekte und weiterhin körperliche Mechanismen in Tätigkeit gesetzt werden. B.

Referate.

— **Ein Beitrag zur Kenntnis der sekretorischen, vasomotorischen und trophischen Störungen bei traumatischen Läsionen der Extremitätennerven.** Von Dr. Ludwig Dimitz, Psychiatrisch-neurologische Klinik in Wien. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 30.

Zusammenfassende Darstellung von Typen vasomotorisch-sekretorischer sowie trophischer Störungen nach traumatischen Läsionen peripherer Nerven.

Veränderungen an der Haut: Herpes zoster. — Dysidrosis: vereinzelt Bläschenbildung (an Stellen vermehrter Schweißsekretion, die gleichzeitig ständig mechanischen, äußeren Reizen ausgesetzt sind, wie an den Fußrändern). — Aknepusteln. — Multiple, kleine Abszesse. — Geschwürsbildung gelegentlich kleiner äußerer Verletzungen an distalen Partien der Extremitäten, z. B. durch Schuhdruck an den Zehen. — Große Vulnerabilität der Haut durch den Einfluß höherer und auch niederer Temperaturen: z. B Blasen- und Geschwürsbildungen durch Heißluftapplikation, ohne daß die vorgeschriebene Temperatur überschritten worden wäre. — Spontane Blasenbildung ohne besondere Ursache gelegentlich. — Pigmentierungen, nie streng auf das Verteilungsgebiet eines Nerven lokalisiert. — Hautblutungen. — Häufig Atrophie der Haut: Verdünnung, meist mit Glätte oder Glanz, wobei die Haut entweder feinst gefältelt oder bei Verstreichung der Gelenkfalten stark gespannt ist. Nadelstiche rufen viel leichter und ausgiebiger Blutung hervor als an der gesunden Haut. In anderen Fällen ist die Haut spröde, aufgerauht, trocken, schieferig. Nahezu ausgeschlossen hiervon ist die Streckseite der Fingermittel- und -endphalangen. Verdickung der Haut: Hyperkeratosis. Hautatrophie und Hyperkeratosis halten sich an das Verzweigungsgebiet des lädierten Nerven und sind in der einen oder anderen Erscheinungsart konstant bei Verletzungen des Nervus peroneus, tibialis, medianus und ulnaris, seltener und weniger deutlich des Radialis, noch seltener und noch weniger ausgeprägt bei den übrigen Hautnerven. — Ziemlich konstant bei schweren Verletzungen der Nerven der Finger und Zehen ist Abflachung der Finger- und Zehenkuppen sowie Verdünnung der distalen Phalangen (durch Schwund des Unterhautzellgewebes und nicht durch Verdünnung der Knochen, die nur ganz ausnahmsweise vorkommt), Zurückziehung und Spannung des Nagelwalles. — Die allerkonstantesten sowohl bei schweren wie leichten Traumen sind vermehrtes Nagelwachstum und Verdickung, Verdünnung, Zurückbleiben im Wachstum, Ausfall der Nägel. Die Nägel werden glanzlos, rauh, rissig, schiefernd; die normale Längsfurchung der Nägel tritt deutlicher hervor; Knickung der Nägel (Kuppenbildung) und sanftwellige Querrillung. Die Querrillung kann in späteren Stadien verschwinden, manchmal scharf abgegrenzt, es bleibt nur Längsrillung mit kleinsten perlschnurartig geordneten Bläschen an der Konvexität der Rillen. Dabei kann der Nagel sehr matt, trüb und weißlich werden. Das Vorragen des gekuppten Nagels über die atrophische Fingerkuppe wird von den Patienten sofort störend empfunden. Bei schweren Radialisläsionen scheint tatsächlich vorzu-



kommen, daß die Fingernägel auffallend rasch wachsen, während dieses Symptom sonst nur als Reizsymptom bei leichter Läsion des Nervus ulnaris oder medianus vorkam. — Abfall der Nägel, schwere Verkleinerungen sehr selten, zuweilen gleichzeitig deutliche Veränderung an den Knochen der dem Nageldefekt entsprechenden Endphalangen. Subunguale Blutungen nach Medianusläsion, gelbliche oder bräunliche Pigmentierung der Nägel.

Störungen des Haarwuchses: Gewöhnlich keine Tendenz zur Übereinstimmung mit Sensibilitätsdefekten, jedoch wiederholt leidlich deutliche Übereinstimmung bei Ischiadikusläsionen. Die häufigste Form ist Vermehrung oder Verstärkung im ganzen Gebiet des normalen Haarwuchses der betreffenden Extremität, distal gewöhnlich intensiver als proximal, weniger häufig Verminderung der Behaarung. Die Haare können verlängert, verdickt und spröde, in anderen Fällen sehr weich und zart, ähnlich den Lanugohaaren sein. Keine Unterscheidung der Merkmale gestörten Haarwuchses bei leichten und völligen Läsionen.

Veränderungen an den tiefen Geweben: Schwund des Unterhautzellgewebes an den Fingern, besonders an den Fingerkuppen, Veränderungen an den Faszien, Dupuytrensche Kontraktur. — Verdickung der Sehnen (Schwellung der Sehnenscheiden bei Radialislähmung ist keine trophische Störung). — Gelenkschwellung als trophisches Symptom hat D. nicht beobachtet. — Knochenveränderungen (abzutrennen sind die mit der Lähmung verbundenen Atrophien, die auf Inaktivität beruhen, gleichmäßige stärkere Durchlässigkeit infolge Rarefikation der Struktur, die in schweren Fällen sogar verschwindet; Kortikalis verdünnt, aufgehellt; manchmal Faserstruktur). — Knochenatrophie (Sudeck): rasch einsetzende und rein exzentrische Atrophie (also ohne Verkleinerung) mit fleckweiser Aufhellung („scheckiges Bild") der Spongiosa und im späteren chronischen Stadium Verdünnung der Knochenbälkchen und Strichelung der Kortikalis, in schweren Fällen Schwinden der Struktur. — Formveränderung des Knochens tritt bei dieser akuten Atrophie nur ein, wenn Verletzung während der Wachstumsperiode vorliegt. — Neben diesen Knochenatrophien kommt noch deutliche Verdünnung der Endphalangen manchmal vor. — Ganz vereinzelt Usuren an den Knochen, Einschmelzen der Endphalangen.

Sekretorische Störungen: Sie halten sich an das Gebiet der Sensibilitätsstörung, vermehrte Schweißsekretion ist an Hyper- oder Hypästhesie (beziehungsweise -algesie) und nur ausnahmsweise an Anästhesie oder -algesie gebunden, Anidrosis tritt gewöhnlich mit Aufhebung der Hautempfindung gleichzeitig auf. Bei Remissionen, die sich nur auf die Motilität, nicht auch auf die Sensibilität erstreckt, bleibt auch mit der vollen Sensibilitätsstörung die Trockenheit der Haut bestehen. — Vermehrte Schweißsekretion ist ein Reizsymptom, das in der Regel nur bei kompletten Läsionen vorkommt. — In späteren Stadien bei schweren, keiner spontanen Regeneration fähigen Läsionen ausnahmslos aufgehobene Schweißsekretion. Trockenheit der Haut. — Gleiche Verhältnisse bei der Sekretion der Talgdrüsen kann das einzige klinische Symptom der Nervenläsion bilden. — Vermehrte Schweißsekretion geht fast immer mit sichtbaren vasomotorischen Symptomen (Rötung, Marmorierung) einher, nicht aber auch aufgehobene Schweißsekretion. — Den sekretorischen Störungen ist eine gewisse diagnostische Bedeutung beizumessen. Eine schon von Anfang an vorhandene oder im Laufe der Beobachtung sich entwickelnde Hyperidrosis bedeutet, daß die Läsion keine völlige ist.

Vasomotorische Störungen nicht konstant. Rötung der Haut bei schweren und leichten Läsionen, am häufigsten bei sensiblen Reizerscheinungen. Vasokonstriktorenkrampf ist selten bei Nervenverletzungen. — Die vasomotorischen Störungen halten sich an das Hautverzweigungsgebiet des lädierten Nerven. — Ödeme häufiger bei schweren Läsionen, Kongruenz mit dem sensiblen Areal ist verwaschen. — Tendenz zu distaler Lokalisation. — Die Inkonstanz vasomotorischer Symptome ist zum Teil auf die Beschaffenheit und Vaskularisation der Haut zurückzuführen, hauptsächlich aber auf die Vielheit des vasomotorischen Systems (Umschaltungen, die wahrscheinlich bis ganz an die Peripherie reichen).

Verallgemeinerung sieht man hauptsächlich bei Störungen der Behaarung.

Die meisten Störungen treten distal oder mit distal zunehmender Intensität auf.

Die Entstehung trophischer Symptome scheint in die Zeit zwischen Beginn des zweiten und den vierten Monat zu fallen.

Die Mehrzahl dieser trophischen Symptome ist von äußeren Einflüssen ganz hervorragend abhängig.

„Die klinischen Tatsachen, die Kongruenz mit der Ausbreitung sensibler Nerven bei der Entstehung und Rückbildung, weisen darauf hin, daß die Entstehung der trophischen Symptome der Haut mit einer Läsion der sensiblen Faserstränge im Nerven verbunden ist. Die klinischen Erscheinungen zwingen nicht zur Annahme eigener trophischer Fasern, wahrscheinlicher ist es, daß den sensiblen Fasern eine trophische Funktion zukommt, die eine doppelsinnige Leistungsfähigkeit dieser Fasern voraussetzen läßt." B.

— **Zur Erinnerung an Heinrich Schüle.** Von C. Moeli. Arch. f. Psych. 57 H. 2.

Eine treffliche Würdigung der Verdienste Schüles um die Psychiatrie, die praktische und die wissenschaftliche; wie in den zahlreichen anderen Nachrufen auf den Heimgegangenen wird auch hier im einzelnen vor Augen geführt, welche große Bedeutung Schüles Persönlichkeit im Werdegang der Psychiatrie zukommt; um nur einiges anzuführen: Die Erörterungen Schüles über die verschiedenartige Entstehung äußerlich gleicher Bewegungshaltung, was dann von Jüngeren zum Gegenstand eingehender Forschung gemacht worden ist, die Scheidung zwischen „invalidem" und „rüstigem" Gehirn als Prinzip der Einteilung der Seelenstörungen. Mit Schüle ist, wie auch Moeli betont, der letzte der bedeutenden Männer von uns geschieden, die, von der Universität mit nichts ausgestattet, erwuchsen, als nur die Anstalten aus der Fürsorge für die Kranken wissenschaftlich ernten konnten; sein in bleibender Jugend ihn beseelender Drang hat den Jüngeren reiche



Gaben geboten, auf hohen Bahnen wandelnd hat er seinen Lebensgang vollendet. B.

— **Pelman †.** Von A. Westphal (Bonn). D. m. W. 1917 Nr. 7.

Pelman, gestorben in der Nacht vom 20. zum 21. Dezember 1916, im Alter von fast 79 Jahren, hat nach dem 70er Kriege in der Stellung als leitender Arzt der Irrenanstalt Stephansfeld im Elsaß als einer der ersten Vorkämpfer deutschen Geistes gewirkt. Auch er hat seine Ausbildung nicht an einer Universitätsklinik, sondern durch sich selbst an Landesanstalten gewonnen; als Direktor der Anstalt zu Bonn wurde ihm die erste, neugeschaffene ordentliche Professur für Psychiatrie an der Universität Bonn übertragen. „Eine echte Frohnatur im Goetheschen Sinne, hat er bis zu seinem Tode erwärmend und belebend auf alle eingewirkt, die das Glück hatten, mit ihm in Berührung zu kommen." So steht in unser aller Gedächtnis sein Denkmal, aere perennius. B.

— **Robert Thomsen †.** Von A. Westphal.

Am 26. Oktober 1914 gestorben, im Alter von erst 56 Jahren, ist uns Thomsen viel zu früh aus ganzer Arbeitskraft und voller Arbeit fortgerissen worden. Zahlreiche Arbeiten geben Zeugnis von der Klarheit seines Denkens und der Schärfe seiner Kritik, alles Hypothetische und Spekulative war seiner Art fremd. Durch seinen wohlbegründeten ärztlichen Ruf hat er zum Blühen und Gedeihen der Hertzschen Anstalt, deren Leiter er viele Jahre war, wesentlich beigetragen. Auch ihm bewahrt die Psychiatrie ein ehrendes, treues Andenken. B.

— **Psychosen nach Kohlenoxyd- und anderen Vergiftungen.** Aus: Trauma und Psychose mit besonderer Berücksichigung der Unfallbegutachtung. Von Prof. Dr. Hans Berger (Jena). Berlin 1915, Jul. Springer.

Die schwersten Formen der Kohlenoxydvergiftung verlaufen rasch tödlich; auch von den, die akute Vergiftung zunächst überstehenden Kranken sterben manche noch an den Nachwirkungen. In allen Fällen, „die wieder in das Leben zurückgerufen werden konnten", sah man mehr oder weniger ausgesprochene nervöse und geistige Störungen, da Kohlenoxydgas ein spezifisches Nervengift ist.

Bei der Leichenöffnung fand man meist schon mit bloßem Auge erkennbare Gehirnveränderungen, namentlich Erweichungsherde im Großhirn, bald vereinzelt, bald an mehreren Stellen gleichzeitig, eben noch erkennbar, bis zu Apfelgröße, sowohl im Marklager als auch in der Rinde und vor allem symmetrische Herde in beiden Linsenkernen, degenerative Veränderungen an Nervenzellen, Nervenfasern und namentlich sehr ausgeprägte fettige und andere Degenerationsvorgänge in der Wand der Gehirngefäße, vor allem an der Intima, gelegentlich auch kleine Blutungen im Gehirn.

Klinische Erscheinungen schwerer Kohlenoxydvergiftung sind namentlich schwere Bewußtlosigkeit und bald allgemeine, bald örtliche tonische oder klonische Krämpfe, Paraplegie der Beine, vermutlich Folge der symmetrischen Linsenherde, die auf die innere Kapsel übergreifen, Störungen der Lichtreaktion der Pupillen, alle möglichen Sehstörungen, unter anderem auch Hemianopsie und totale Amaurose, Steigerungen der Reflexe, zentrale und periphere Fazialislähmungen, Rombergsches Schwanken, taumelnder Gang, multiple Neuritiden und die verschiedensten Sensibilitätsstörungen, Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Nach Sibelius gibt es nichtintervalläre und intervalläre Kohlenoxydpsychosen, bei ersteren schließt sich die geistige Störung sofort an die Vergiftung an, bei letzteren pflegt einige Tage bis drei Wochen lang verhältnismäßiges Wohlbefinden, das nur durch gedrückte Stimmung auffällig erscheint, zu bestehen, dann setzt ziemlich rasch die Psychose, manchmal unter meningitisartigen Erscheinungen ein. Sibelius erklärt die intervallären Nachpsychosen, da zu dieser Zeit erfahrungsgemäß das Gift aus dem Körper ausgeschieden ist, mit Gefäßschädigung.

Die Kohlenoxydpsychosen kann man in vorwiegend funktionelle und organische unterscheiden. Vermutlich finden sich auch bei ersteren, klinisch in Heilung ausgehenden Formen anatomische Veränderungen, die eben keine bleibenden Ausfallserscheinungen machen. Anschließend an die Bewußtlosigkeit der Kohlenoxydvergiftung wurden beim Erwachen plötzlich einsetzende Erregungszustände bei dem Fortbestehen einer Benommenheit beobachtet, wie nach schwerer Hirnerschütterung und bei wiederbelebten, von elektrischem Trauma Betroffenen, ferner schwere gemütliche Verstimmungen, unter Umständen ganz einer hypochondrischen Melancholie gleichend, dann sowohl intervalläre als auch nichtintervalläre Zustände, die ganz an eine Dementia paralytica erinnern oder unter dem Bilde einer Korsakoffschen Psychose verlaufen und zur vollständigen Ausheilung gelangen können, so daß man auch hier vorwiegend ausgleichbare Störungen als Grundlage annehmen muß. Bei den ganz ähnlich verlaufenden ungünstig und zwar auch tödlich ausgehenden, vorwiegend organischen Erkrankungen des Gehirns nach einer Kohlenoxydvergiftung beobachtet man mehr oder minder schwere Demenzzustände, die sich aber mit funktionellen Störungen verbinden können.

Fall von Sibelius: 20jähriger Arbeiter, beim Austrocknen einer gemauerten Grube mit einem Koksofen schwere Vergiftung; Bewußtlosigkeit schwand erst am folgenden Tag, jedoch blieb völlige Blindheit bestehen. Am sechsten Tage nach dem Unfall Krämpfe mit nachfolgender, mehrere Tage anhaltender Bewußtlosigkeit, dabei Nackensteifigkeit, klonische Zuckungen im rechten Arm und Temperatursteigerungen, die nach vier Tagen schwanden. Nach einer Woche wurde der Kranke freier, bieb aber blind und hatte eine Paraparese der Beine, konnte die einfachsten Fragen nicht beantworten, verfiel immer mehr, es stellten sich erneute epileptische Anfälle ein und drei Monate nach dem Unfall starb der Kranke. Leichenöffnung: Symmetrische Erweichungen in beiden Linsenkernen, in der Rinde zahlreiche ebensolche im großen und ganzen symmetrisch gelegene Herde. **Fall Vion, nicht tödlich endend (bei Stierlein): Jugend-**

licher Kranker, fast die ganze Vergangenheit ausgelöscht, die Merkfähigkeit vollständig aufgehoben, „so daß der Kranke auf die Stufe eines kleines Kindes zurückversetzt war". Die geistigen Fähigkeiten Vions waren ungleich, er hatte gute Tage, an denen er sich an manche Dinge besser erinnern konnte als an anderen. Ferner Westphals Fall: Bei der Abwesenheit körperlicher Ausfalls- und Reizerscheinungen apraktische Störungen und Agraphie bei erhaltener, aber doch sehr erschwerter Lesefähigkeit, Erscheinungen des Vorbeiredens.

Berger: Fall eines 29 jährigen Bergmanns, nach Explosion schlagender Wetter bewußtlos, dann drei Wochen lang Bild einer schweren halluzinatorischen Verwirrtheit, die in mäßigen Schwachsinn ausging. 30 jähriger Bergmann, Explosion schlagender Wetter, zehntägige Bewußtlosigkeit, dann setzten schwere Erregungszustände ein, nach deren Abklingen ein großer Defekt. „Der Kranke kannte niemand mehr, mußte alles von neuem erlernen und ganz bezeichnenderweise wurde auch er von seinen Angehörigen einem Kinde verglichen, indem er weder lesen noch schreiben konnte, obwohl er früher gute geistige Fähigkeiten besessen hatte." Ausgeprägte apraktische Erscheinungen, fand sich in einer neuen Umgebung infolge seiner schweren Merkfähigkeitsstörung nicht zurecht und konnte nur unter ständiger Aufsicht seiner Angehörigen sich etwas beschäftigen. Man darf nicht glauben, daß, wenn Vorbeireden festgestellt ist, überhaupt keine organische Erkrankung vorläge. Dieser Hinweis Bergers ist besonders beachtenswert, auch für die übrige psychiatrische Diagnostik. Außer den eigentlichen Kohlenoxydpsychosen kann diese Vergiftung auch den Boden für die Entstehung anderer Neurosen und Psychosen, namentlich hysterische, vorbereiten. So Petersen-Borstel: Manie, die zwei Monate nach einer sich an einen Betriebsunfall anschließenden Kohlenoxydvergiftung zum Ausbruch kam.

Geistige Störungen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung, z. B. bei Gummiarbeitern, beschrieb Laudenheimer: Kurze rauschartige Zustände nach einem einmaligen Aufenthalt in einem mit Schwefelkohlenstoff geschwängerten Raum, die ganz dem Alkoholrausch gleichen können und ebenso wie dieser verschiedene Verlaufsformen darzubieten vermögen, bald Angeheitertsein, bald leichte Benommenheit mit Denkunfähigkeit.

Geistige Störungen nach Vergiftung mit Benzol- und Toluidinderivaten beschrieb Friedländer: Neben auffallenden körperlichen Erscheinungen einer Anilinvergiftung ein dem Alkoholdelirium ähnlicher Zustand, der nach vier Tagen wieder völlig abgeklungen war. In einem der anderen Fälle Friedländers trat nach Einatmung von Toluidindämpfen zweistündiger Schlaf und darauf schwerer tobsüchtiger Erregungszustand ein, der dann von einer langanhaltenden Bewußtlosigkeit abgelöst wurde. Am nächsten Tag war er noch unklar und bot schwere körperliche Störungen dar, am dritten Tag war er wieder klar und geordnet.

Bresler.

— **Plötzlicher Tod durch Magenüberfüllung.** Von W. Kürbitz. Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1916 Nr. 21.

In den zwei mitgeteilten Fällen handelte es sich um Geisteskranke (Dementia praecox), 54 und 64 Jahre alt, welche die Speisen gierig zu verschlingen pflegten, ohne zu kauen, und eines Tages plötzlich starben.

Leichenbefund: In beiden Fällen Magen ad maximum aufgetrieben, mit viel unverdauten Speiseresten und mit Luft prall angefüllt, Zwerchfell hochgedrängt, Herz nach links und oben verlagert. K. bringt den Befund in ursächlichen Zusammenhang mit dem Tod, zumal es sich um ältere Leute mit abgenutzten, kranken, inneren Organen handelte (schwere Myodegeneratio des Herzens, in einem Falle in Verbindung mit Mitralstenose und Hypertrophie mit Dilatation; dazu atheromatöse bezw. sklerotische Veränderungen der Gefäße, Nephritis chron., schlaffe resp. voluminöse und adhärente Lungen).

K. bemerkt, daß solche Todesfälle bei reichlichem Genuß schwer verdaulicher, blähender Speisen auch bei geistig Gesunden mit schwachem Magen und schwachem Herzen vorkommen können. Bresler.

— **Die neue Phrenologie.** Von E. Jentsch, Obernigk bei Breslau. „Die Naturwissenschaften" 1916 H. 27.

Erörterungen aus Auslaß des Hinscheidens Gustav Albert Schwalbes, des Straßburger Anatomen, dessen Verdienst es ist, aufgezeigt zu haben, daß und wieweit die Voraussetzung Galls zutrifft, daß die Schädelkapsel in ihrer äußeren Gestaltung den darunter liegenden bestimmten Gehirnteilen entspreche (Über die Beziehungen zwischen Innenform und Außenform des Schädels; Deutsches Archiv für klinische Medizin 1902 Bd. 73 und viele andere Veröffentlichungen), wodurch auch die Verteidigung, die Gall durch Möbius erfahren hat, gerechtfertigt wird. Ein für den Psychiater sehr beachtenswerter Aufsatz. Bresler.

— **Zur Kenntnis der chronischen tuberkulösen Zerebrospinalmeningitis.** Von A. Simons (Berlin) und Hermann Merkel (München). Neurol. Zentralbl. 1917 Nr. 7.

Die Erkrankung begann 18 Monate vor dem Tode mit Schwäche der Beine, die sich nur vorübergehend besserte, im ganzen jedoch langsam zunahm. Keine Klagen über Schmerzen oder Parästhesien. Geringer Muskelschwund infolge Nichtgebrauch der Glieder und allgemeiner Abmagerung. Zehn Monate nach Beginn dieser Schwäche leichter Lungenspitzenkatarrh bei Fehlen von Husten, Auswurf und Tuberkelbazillen, gelegentlich leichter Kopfschmerz und Schwindel, einige Monate später Würgen, das als nervöser Magenkatarrh angesehen wurde, dann allmähliche Entwicklung von Blasenstörungen und gelegentlich näselnde Sprache. Ein Jahr vor dem Auftreten der ersten spinalen Klagen plötzliche Amenorrhöe, die bis zum Tode dauerte. Sechs Wochen vor dem Tode zweimal leichtes Lungenbluten, bald darauf schwere, rasch zum Ende führende zerebrale Allgemeinerscheinungen. Ausgesprochene Zeichen einer Hinterseitenstrangerkrankung, hochgradige Muskelschlaffheit wie bei Poliomyelitis, Myotonie oder der atonisch-astatischen Form der zerebralen Kinderlähmung, und Lichtstarre der Pupillen, vertikaler Nystagmus, Fazialisparese, Abschwächung des Kornealreflexes, Polydipsie,

leichter Kopfschmerz und Erbrechen ließen Lues cerebrospinalis annehmen, weshalb antisyphilitische Behandlung stattfand. Harte, bläulich durchscheinende Knoten in der Haut von Wangen und Armen (Lupus pernio), genauere Anamnese, weiterer Verlauf, negativer Ausfall der Blut- und Liquoruntersuchung, Fehlen von Erhöhung des Lumbaldrucks, starke Lymphozytose des Blutes bei fast normaler Leukozytenzahl zwangen zur klinischen Diagnose: Raumbeschränkender Prozeß in der Gegend des dritten Ventrikels mit Druck auf Vierhügelgegend und Hirnstamm, spinaler Prozeß im Gebiet der Hinterseitenstränge; anatomische Grundlage wahrscheinlich Tuberkulose. Bestätigung durch Sektion und mikroskopische Untersuchung: alte und wieder neu aufgeflackerte Oberlappentuberkulose, keine sulzig-exsudative Basilarmeningitis, keine lokalisierten Konglomerattuberkel, keine sulzig-serösen Rückenmarkshäute; dagegen im 3. Ventrikel ein tumorartig entwickleter tuberkulöser Entzündungsprozeß. Ganz geringe lymphoide Zellinfiltration und fibrilläre Verdickung der weichen Häute, durchgehends eine granulomartige Form der Meningealtuberkulose mit den spezifischen Langhansschen Riesenzellen. Von den weichen Häuten aus schieben sich die Tuberkelknötchen in die Substanz des Rückenmarks, in die hinteren Wurzeln, in die basalen Hirnnerven und das Gehirn; Umscheidung des Chiasmas durch das tuberkulöse Granulationsgewebe. Sichelförmige Randaufhellung des Rückenmarks mit Auflockerung und totalem Schwund der Nervenelemente ohne deutliche Entzündungserscheinung und mit fettigem Zerfall der Markscheiden (toxische Schädigung des Tuberkelgiftes). Im epithelialen wie neuralen Teil der Hypophyse Aussaat lymphoider Tuberkel. Hydrocephalus internus, Gehirnödem; entzündlicher Verschluß des Foramen Magendi. B.

Buchbesprechungen.

— Hirschfeld, M.: Sexualpathologie. 1. Teil. Bonn 1917, Markus & Webers Verlag.

In einem Vorwort erklärt der als Spezialist auf dem Gebiete sexueller Perversität weitbekannte Verfasser dem Leser das bringen zu wollen, was in moderner Auffassung dessen gelten kann, was Krafft-Ebing seinerzeit in seiner vielgenannten Psychopathia sexualis niedergelegt. Die Neuauflagen jenes Werkes seien nicht geeignet, den neuen Lehren der Wissenschaft, insbesondere dem gewaltigen Fortschritt in den Fragen der inneren Sekretion Rechnung zu tragen. Diesen ersten Band nennt Verfasser dann: „Geschlechtliche Entwicklungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Onanie." Sechs Kapitel behandeln das Thema mit folgenden Untertiteln: 1. Der Geschlechtsdrüsenausfall, 2. Der Infantilismus, 3. Die Frühreife, 4. Sexualkrisen, 5. Die Onanie (vom Verfasser „Ipsation" genannt), 6. Der Automonosexualismus. Die dazu gegebenen Abbildungen sind teils Bilder, die Perverse zu ihrer sexuellen Erregung benutzten, wobei die Auswahl in wohltuend dezenter Weise getroffen worden ist, teils Abbildungen von abnormen Genitalien oder ganzen Patienten, die die jeweils in Rede stehende Perversität illustrieren sollen. Als ganz besonderer Vorzug des Buches, das auch ich mich nicht scheue, ebenfalls als moderne Fortsetzung der Krafft-Ebingschen Lehren aufzufassen, möchte ich noch erwähnen, daß das Buch nicht wie des Wiener Altmeisters Werk vollgespickt von Krankengeschichten ist, sondern mehr theoretische Abhandlungen und wissenschaftliche Darlegungen bietet. Einzelne Gutachten sind allerdings in extenso wiedergegeben und in den Text eingestreut. Was mir persönlich mißfällt, ist der Umstand, daß Verfasser in jedem einzelnen seiner Fälle immer zur Exkulpation durch § 51 kam. Alles Krankhafte zugegeben, meine ich, wäre doch vielleicht bei allen gemeingefährlichen Delikten nicht immer gleich die Freisprechung am Platze, sondern es muß doch auch Fälle geben, wo noch so viel Einsicht besteht, daß man hoffen darf, durch Gefängnis- oder Zuchthausstrafen noch vereinzelt den nicht stark genug eingeschalteten Hemmungen eine erhöhte Wirksamkeit zu verleihen. Ich meine, gerade bei solchen Leuten, die sich gesellschaftlich doch bereits unmöglich gemacht haben, braucht man nicht so überaus ängstlich immer jegliche Schuldfrage und damit die nach dem Volksbewußtsein nötige Sühne a priori auszuschalten. Das ist aber auch das einzige, was ich an dem sonst überaus fesselnd geschriebenen, auch den neuesten Forschungen der Psychiatrie Rechnung tragenden Buche auszusetzen habe. Auch gibt es ja eine Anzahl Psychiater, die nicht meinen Standpunkt teilen und stets bei allen Abnormitäten des Geistes immer gleich den § 51 heranzuziehen lieben; bei ihnen wird das Lob des Hirschfeldschen Buches noch uneingeschränkter sein.

Wern. H. Becker-Herborn.

— von der Wiesen: Mazdanan-Reform-Kochbuch und Nahrungsmittellehre. Leipzig, Vollrath.

Im Untertitel des Werkes ist gesagt, daß es „nach der Diätlehre von Dr. O. Z. Hanisch-Chicago, rein vegetarisch, den deutschen Verhältnissen angepaßt" bearbeitet worden ist. Verfasser predigt im ersten Kapitel den Vegetarismus aus Gründen göttlicher Moral und nennt unsere Küche, die uns gemischte Kost darbietet, unter anderem „mit Tierblut besudelt". Ein in allen Einzelheiten möglichst blutrünstig und grausam beschriebener Gang durch den Schlachthof soll jedem, der etwa Gelüste nach animalischer Kost hat, diesen letzten Appetitrest verekeln. Sodann folgt ein glücklicherweise kurzes, weil wenig beweiskräftiges Kapitel vom Verdauungsmechanismus, wobei z. B. der Satz figuriert: „Nichts setzt hohe Fiebertemperaturen bei Kindern mehr herunter als eine Ausspülung mit gestandenem Wasser" und nebenbei ein hohes Loblied auf Wasserklysmen. Dem Wasser ist denn auch das ganze dritte Kapitel gewidmet, wobei auch wieder nicht jegliches Wasser empfohlen, sondern nur das kalkfreie destillierte Wasser, das man oftmals am Tage in kleinen Quantitäten zu sich nehmen solle. Das vierte Kapitel bringt die chemischen Bestandteile der Vegetabilien mit einer ganz zweckmäßigen Tabelle, das fünfte handelt von der Milch, deren Gewinnung ohne Tiertötung allerdings nicht angegeben wird, die aber dafür als ein „gerade für den Okkultisten wichtiges Nährmittel" genannt wird. „Eier und Honig" ist das Thema des nächsten Kapitels, es folgen in den



weiteren Kapiteln „Körnerfrüchte", „Nußarten", „Pflanzenöle und Pflanzenfette", „Schokolade und Kakao", „Zucker", „Gemüse", „Pilze oder Schwämme", wobei in dankenswerter Weise viele Seiten der Unterscheidung giftiger und eßbarer Pilze gewidmet sind, „Obst", „Getränke". Alkohol „ist als Medizin nur auf Anordnung eines lebensreformerischen Arztes zu gebrauchen, sonst ist er radikal zu verwerfen", Kaffee und Tee finden auch wenig Gnade, dagegen mehr die diversen Tees mit pharmazeutischer Indikation und dann eine Anzahl erfrischender und nährender Getränke; 16. Kapitel: Gewürze, 17. Kapitel: Allgemeine Grundsätze; die folgenden 11 Kapitel enthalten fast nur Lehren, wie sie bei uns etwa ein Bilz oder ein Platen aufstellen würde. Damit schließt der erste Teil. Der zweite Teil, die Kapitel 29 bis 51 enthaltend, wirkt ansprechend durch die vielen Kochrezepte und vermag nicht nur der Hausfrau — die meinige wollte an die praktische Verwertung nicht heran, weil dem Mangel an Rohprodukten in dieser Kriegszeit zu wenig Rechnung getragen wird, z. B. Butter, Olivenöl u. a. immer gefordert wird —, sondern auch dem Arzt wohl etwas zu geben. — Im ganzen wird das Buch wegen seines einseitigen Standpunktes nicht ungeteilte zustimmende Aufnahme in der deutschen Ärztewelt finden. Auf das Publikum kann es durch seinen oben genannten Untertitel direkt irreführend wirken, indem der wirtschaftlich Schwache vielleicht glaubt, daß hier ein Ausländer wertvolle Rezepte für die derzeitige Kriegsernährung mit der Knappheit so vieler sonst gewohnter Nahrungsmittel gibt, und sich dadurch verleiten läßt, seine Wirtschaftskasse durch den Ankauf des Buches noch mehr zu schädigen. Wern. H. Becker-Herborn.

— v. Noorden und Kaminer: Krankheit und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft. Zweite neu bearbeitete und vermehrte Auflage. 1111 Seiten. Leipzig 1916, Verlag Georg Thieme. 27,00 M, geb. 28,40 M.

Vor zwölf Jahren erschien die erste Auflage, in erweiterter Form, dem jetzigen Stand der Wissenschaft entsprechend, liegt nun die zweite vor.

Breit angelegt ist das Werk, von fachkundigster Seite sind die einzelnen Kapitel, 31 an der Zahl, geschrieben; ich erwähne nur von Gruber: Hygienische Bedeutung der Ehe, Moll: Perversionen, Neißer: Gonorrhöe, Hoche: Geisteskrankheit und Ehe usw. Es dürfte kaum eine einschlägige Frage geben, der nicht in ernster, wissenschaftlicher Weise Erwähnung getan wäre; so z. B. sind die ältesten Formen der Ehe besprochen und ebenso die jüngsten Resultate der Serologie; die Bedeutung rassenhygienischer und sozialpolitischer Momente ist gewürdigt; Blutsverwandtschaft in der Ehe, Vererbung im allgemeinen, Frauenkrankheit, gewerbliche Schädlichkeiten in ihren Beziehungen zur Ehe sind erörtert und vieles andere mehr.

Diese kurzen orientierenden Angaben mögen genügen; im Hinblick auf die große völkische und sittliche Bedeutung einer gesunden Ehe, vornehmlich in der Jetztzeit, ist die Lektüre des Werkes besonders zu empfehlen.

Kürbitz, Sonnenstein.

— Lindworsky, J.: Das schlußfolgernde Denken. Experimentell-psychologische Untersuchungen. XVI und 454 S. Freiburg im Breisgau 1916, Herdersche Verlagsbuchhandlung. Preis 15,00 M.

Durch geeignete Aufgabenstellung wurde versucht, das zu erforschende Erlebnis in der Versuchsperson hervorzurufen, um es sodann von dieser auf Grund der unmittelbaren Erinnerung beobachten und beschreiben zu lassen. Zunächst wird vom Verf. dargetan, daß die systematische Selbstbeobachtung den Charakter eines Experimentes hat. Es wird die mechanische Vollziehung der Aufgaben durch sprachliche Assoziationen erörtert, ferner die rein gedanklichen Lösungen durch den Mittelbegriff auf Grund eines Regelbewußtseins, das sich auf die Identität des Mittelbegriffs stützt, oder auf die Beziehung der Unterordnung (das Regelbewußtsein wird durch die „Beziehungserkenntnis" wachgerufen), das direkte Schließen an der Hand von Gruppierungen, das direkte Schließen bei schlichter Auffassung, die nichtsyllogistischen Lösungen ohne Verwertung des Mittelbegriffs, die „Beziehungserkenntnis", deren Inhalt immer nur Gleichheit oder Ungleichheit besagt, das „Erfüllungsbewußtsein" (d. i. das Bewußtsein, die Aufgabe erfüllt zu haben), das Erlebnis des Denkzwanges (Gewöhnung, Mechanismus der Wortfolge, Einsicht in die Notwendigkeit der Folgerung). „Der innerste Vorgang des syllogistischen Denkens wäre sonach", sagt Verf. S. 200, „in der entstehenden Beziehungseinsicht, in dem Erfassen der obwaltenden Beziehung zu erblicken" — man kann nicht zugeben, daß damit die Psychologie mit einem neuen Gesichtspunkt bereichert ist. Nach L. ist der Syllogismus „kein zuverlässiger Prüfstein der Begabung", wenngleich diese immerhin von einigen Einfluß sein werde (S. 212). Die Vollziehung einer einfachen syllogistischen Aufgabe sei eine naturgemäße Denkoperation, zu welcher der Zehnjährige schon die erforderlichen Fähigkeiten besitze, die sichere und logisch korrekte Behandlung werde erst durch die logische Schulung gewährleistet.

Auch die folgende Definition: „Der Schluß ist eine Beziehungserkenntnis, die hinsichtlich eines bestimmten Gliedes an einem Sachverhalt erfolgt, insofern er bewußtseinsmäßig als solcher gegeben ist" (S. 342), überrascht nicht gerade durch Gedankenreichtum.

Durch die „Beziehungserkenntnis" unterscheidet sich der menschliche Fortschritt im Erkennen charakteristisch von dem tierischen. „Es gibt also keinen kontinuierlichen Übergang von den anschaulichen Bewußtseinsinhalten zu den Beziehungen, und darum müssen wir sowohl die Beziehungsinhalte wie den Akt, der sie hervorbringt, zu einer wesentlich höheren Klasse von Erkenntnissen rechnen" (S. 444). „Der naturgemäße Schluß vollzieht sich durch Beziehungserfassungen an gewußten Sachverhalten" (S. 447) — so viel Fleiß auch auf die Studie und die ihr zugrunde liegenden Experimente verwendet worden ist (es steckt ungewöhnlich viel Arbeit darin), so ersieht man doch auch aus dieser letzten Textprobe, die eine vom Verfasser aufgestellte „Formel" ist, den geringen Ertrag der großen Mühe. Damit soll aber keineswegs der Wert dieser Art psychologischer Forschung bezwei-



felt werden, vielmehr möchte ich das Studium des Lindworskyschen Buches wärmstens empfehlen.

Bresler.

Therapeutisches.

— **Zur Organtherapie urosexueller und dermosexueller Störungen.** Von Max Marcuse. Therapie der Gegenwart Mai 1917.

Das nach den Angaben von Georg Berg von der Firma Wilhelm Natterer in München hergestellte „Hormin" verzichtet auf Zusatz nicht organischer Aphrodisiaka. Es vereinigt in sich die chemisch wirksamen Substanzen auch anderer zur Sexualsphäre in Beziehung stehender Drüsen mit „innerer Sekretion" und scheint den Indikationen guter Lipoidlöslichkeit und gänzlicher Eiweißvakanz gerecht zu werden. Der Anregung Prof. Posners folgend, hat Marcuse das Hormin bei Männern und Frauen — und zwar zunächst immer ohne jede anderweitige Behandlung — in 25 Fällen von urosexuellen und in 5 Fällen von dermosexuellen Störungen angewandt. Er hat einige dieser Kranken nach Wochen — vereinzelte über ein Jahr lang — nach Beendigung der (ersten) Kur weiter beobachtet. Die Versuche befriedigten ihn durchaus, die ausgezeichnete Wirkung des Mittels überraschte geradezu. Behandelt wurden: Klimakterium virile, sexuelle Neurasthenie, Enuresis nocturna mit Prostataatonie resp. -atrophie, Pubertätsakne, reine Phosphaturie, Pubertätshyperhidrosis, Morbus Basedowii, Eunuchoidismus, Infantilismus, Dysmenorrhöe, Defluvium capillitii, Amenorrhöe, Chlorose. — Nach M. kann es nicht mehr bezweifelt werden, daß das neue Präparat gerade in Fällen, die der üblichen Behandlung sehr hartnäckig zu widerstehen pflegen, Gutes, nicht ganz selten Ausgezeichnetes leistet.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Neunzehnter Jahrgang. Nr. 19/20. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 19/20. 4. August **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Das Kaufmann-Verfahren bei funktionellen Nervenstörungen.

Von San.-Rat Dr. **Bresler.**

(Schluß.)

M. Raether, Bonn, psychiatrische Klinik (Neurosen-Heilungen nach der Kaufmann-Methode; D. m. W. 1917 Nr. 11) berichtet über 35 in einer Sitzung nach Kaufmann geheilte Fälle. Im ganzen ist ihm bisher nur ein Fall bei der Behandlung mißlungen. Diese 35 Fälle sind in kurzem Auszug aus der Krankengeschichte mitgeteilt.

Raether ist dem Kaufmann-Verfahren im großen ganzen getreu gefolgt bis auf zwei Abweichungen: Anwendung faradischer Ströme mit dem Duboisschen Schlittenapparat und Anwendung von mäßig starken Strömen; nur in hartnäckigen Fällen wurden starke zur Einleitung der Faradisierung für Momente verstärkt.

Er unterscheidet ebenfalls drei Stadien:

1. Psychotherapeutische Vorbereitung. Bei den ersten Fällen bediente er sich des Suggestivmittels, daß der Pat. nicht mehr für Militärdienst in Betracht käme, sondern nur für seinen Beruf gesund gemacht werden solle. Später hat er davon Abstand genommen, um für die eventuelle Entlassung freie Hand zu haben. Die Heilung gelingt auch ohne diese Zusicherung. Der Neukommende wird, falls die funktionellen Störungen nicht zu stürmisch, zwischen die Geheilten gelegt, und dadurch ganz auf die ihm bevorstehende Heilung seelisch eingestellt. Unter eingehenden Untersuchungen, unter mehrfachen neurologischen Prüfungen bei Lähmungen, unter Ausschluß jeglicher organischen Grundlage, und unter mehrfachen täglichen Besuchen, wobei man den Pat. kennen lernen und immer wieder ein Satz im Sinne der Vorbereitung der Methode fallen muß, wird das Vertrauen des Pat. zu Arzt und Methode systematisch erzogen.

2. Heilsitzung. a) Erste Elektrisierung: „Die Anordnung, mir ins Sitzungszimmer zu folgen, trifft die Patienten ganz überraschend zu irgendeiner vorgeschrittenen Abendstunde. Sie werden ganz entkleidet, nochmals eindringlich darauf hingewiesen, daß sie jetzt geheilt würden, daß aber die elektrischen Ströme schmerzhaft seien. In Bauch- bezw. Rückenlage faradisiere ich nun mehr oder weniger den ganzen Körper, in Hauptsache wohl die betreffenden Glieder; Kopf, Hals, Handflächen und Fußsohlen habe ich bis jetzt noch nicht mit einbegriffen. Bei dieser Faradisierung, die meist seitens des Patienten unter Schmerzäußerungen verläuft, energische Wortsuggestion meinerseits. Abbrechen der ersten Elektrisierung durchschnittlich nach fünf Minuten. Die Ströme, anfänglich stärker, können dann regelmäßig im Verlauf dieser fünf Minuten langsam abgeschwächt werden."

b) Übungen: „Die erste Elektrisierung wird plötzlich abgebrochen, der Patient aufgefordert, aufzustehen, herzukommen, und in den meisten Fällen sind danach bereits die Abasien, Mutismen, Lähmungen usw. soweit geschwunden, daß die Patienten der Aufforderung nachkommen können, und nun beginne ich mit Turn-, Gang-, Stimm-, Sprechübungen usw., je nach der beseitigten oder noch zu beseitigenden Störung. Dabei lediglich der Einfachheit halber Anwendung militärischer Kommandos, nicht etwa, wie Kaufmann ursprünglich besonders betonen zu müssen glaubte, unter





besonderer Hervorkehrung des Vorgesetztenverhältnisses. Die Übungen werden meist von mir vorgemacht oder auch mitgemacht, bis sie leidlich ausgeführt werden, und dann beschränke ich mich lediglich auf Kommandos. Dazwischen kurzdauernde Pausen mit freundlichem Zusprechen, ohne jedoch den Patienten abzulenken, und nur in Ausnahmefällen nochmals eine zweite elektrische Sitzung, immer dann, wenn die Störungen noch nicht nach der ersten Elektrisierung beseitigt waren. Auch die zweite dauert in der Regel dann fünf Minuten, die faradischen Ströme lasse ich vielfach dabei auf- und abschwellen und arbeite im allgemeinen auch diesmal genau so wie bei der ersten Elektrisierung. Nach dieser gelegentlichen zweiten Elektrisierung wiederum Übungen wie vorher, diesmal mit größeren Anforderungen, bis ich sehe, daß von der bisherigen funktionellen Störung nichts mehr vorhanden ist.

c) Schluß-Elektrisierung (eine Minute Dauer) mit leichten faradischen Strömen am ganzen Körper, dem Patienten gegenüber als „Nachbehandlung zum Abschluß" bezeichnet.

Danach nochmals ganz kurzdauernde einschlägige Übungen, besonders mit den Körperteilen, die bis dahin gestört waren, und Entlassung nach insgesamt $^1/_2$ bis 2 Stunden mit der Erklärung: „Sie sind geheilt."

3. Die Nachbehandlung. Diese beginnt sofort nach Beendigung der Heilsitzung: die Patienten kommen 24 Stunden ins Bett, erhalten in dieser Zeit Tinctura Valeriana, Veronal, und bei Kopfschmerzen Pyramidondosen. Nach Ablauf dieser Frist werden sie einer von mir selbst geleiteten Turnriege eingeteilt, die täglich, möglichst im Freien, etwa eine Stunde lang Freiübungen macht. An diesem Turnen nehmen alle Geheilten teil, die frischeren Fälle werden nebenher noch täglich Spezialübungen, die sich auf die geschwundenen funktionellen Störungen erstrecken, unterzogen. In allen Fällen hat die Nachbehandlung das in der Heilsitzung erzielte Resultat befestigt und weiter ausgebaut, was besonders bei geheilten Lähmungen in die Augen sprang. Im Durchschnitt dauerte die Nachbehandlung vier Wochen, wenn angängig, mit Unterstützung eines 14 tägigen Probeurlaubs in die Heimat."

Zur Anwendung der Methode gehört Energie, neben psychiatrischer und neurologischer Erfahrung, ferner gelegentlich in den Heilsitzungen schnelle Entschlußkraft, die gegebenenfalls zu brüsk erscheinenden Maßnahmen greifen kann. „Es ist nötig, mit seiner Willenskraft den willensschwachen Patienten gleichsam zu induzieren. Die Betonung des Vorgesetztenverhältnisses erscheint mir nicht unbedingt nötig; die Persönlichkeit des helfenden Arztes und seine Stellung als Stationsarzt gibt Autorität genug. Unerläßlich jedoch ist die Kenntnis und Anwendung militärischer Kommandos bei den Übungen und die Wahrung einer gewissen inneren Disziplin vor und nach der Heilung."

„Dem Staate werden hohe Renten erspart und dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder Kräfte zugeführt, die ohne die Heilung nach Kaufmann vielleicht auf Jahre hinaus verloren gegangen wären."

Ob diese Heilungen von Dauer sein werden, muß weitere Erfahrung lehren.

G. Liebermeister (Über die Behandlung der Kriegsneurosen; Halle 1917, S. 49) hat gegen das von Kaufmann wieder empfohlene Verfahren der Heilung in einer Sitzung das Bedenken, daß es den Willen zerbricht und dadurch wirksam ist, während das gleichfalls alte, mehr allmähliche Verfahren den Willen zugleich kräftigt und in normale Bahnen lenkt.

Pappenheim (Neurol. Zbl. 1916 S. 806) gibt zu erwägen, ob nicht die strengere Behandlung prophylaktisch wirksamer ist und Rückfälle eher verhütet als die schonenderen Maßnahmen.

Rieder (Neurol. Zbl. 1916 S. 815) bevorzugt die Kaufmannsche Methode mit faradischen Strömen oder ohne solche, und zwar so, daß er die Kranken in Einzelkabinen bringt und psychoanalytisch vorbereitet. Der Kaufmannschen Methode liegt eine enorm wichtige Tatsache zugrunde: Die im Wachzustand herbeigeführte Wiedererziehung zum Gehorsam, die Unterordnung des eigenen Willens unter einen anderen. Einverständnis des Kranken in Gegenwart von Zeugen ist erforderlich. Die Nachbehandlung, militärisches Turnen unter ausgebildeten militärischen Turnlehrern, ist notwendig. Offiziere eignen sich wegen des Fehlens des Subordinationsverhältnisses schwerer zur Kaufmannbehandlung.

Löwenthal (Neurol. Zbl. 1916 S. 818) lobt das Kaufmannsche Verfahren nur in der Form der ärztlichen, nicht disziplinaren Handhabung und mit sorgfältiger Nachbehandlung.

Goldstein (Über die Behandlung der „monosymptomatischen" Hysterie bei Soldaten; Neurol. Zbl. 1916 S. 843) scheint es ohne Zweifel, daß die Kaufmannsche Methode in manchen seiner (Goldsteins) Fälle nicht ohne dauernden Schaden für den Kranken angewandt worden wäre, da es sich oft um empfindliche, reizbare Individuen handelt, die nicht nur eine hysterische Lähmung usw. haben, sondern vielerlei andere allgemein-nervöse

Störungen. Kaufmann selbst verlange gerade mit Rücksicht auf diese Störungen eine „sehr vorsichtige Indikationsstellung"; dadurch fallen eine Reihe von Fällen für die Behandlung aus. Die weitere Einschränkung — die Kaufmann selbst macht — liege im Arzt; in der Hand eines vorsichtigen und geschulten Neurologen möge sie Gutes leisten, bei wahlloser Anwendung durch jeden Arzt bedeute sie aber geradezu eine Gefahr. Dr Erfolg beruhe nicht so wesentlich auf den objektiven Maßnahmen als auf der suggestiven Leistungsfähigkeit des Arztes. Die Methode bleibt also nur in relativ wenigen Fällen anwendbar. „Aber auch dann bleibt zu bedenken, daß wir mit der Methode einen Modus und einen Ton in die ärztliche Tätigkeit bringen, der mir am allerwenigsten bei Patienten angebracht erscheint, die ihre Erkrankungen — zum großen Teile wenigstens — in einer Situation erworben haben, in der sie ihr Leben für ihre Mitmenschen aufs Spiel gesetzt haben."

Goldstein hat dagegen das Rothmannsche Verfahren der Scheinoperation angewandt und erörtert die Vorzüge gegenüber dem Kaufmannschen und der Hypnose. Die Rothmannsche Methode, wenn auch keineswegs bei allen Fällen anwendbar, hat er bei solchen angewandt, wo einfache Mittel versagten; gleichwohl umfaßt sie einen größeren Kreis der schweren Fälle als die Kaufmannsche. Die Methode erwies sich auch geeignet zur Unterscheidung funktioneller Störungen von organischen. Sie ist, richtig angewandt, gefahrlos (ganz leichter Chloräthylrausch, eventuell begünstigt durch Morphiuminjektion während der Narkose). Sieben ausführliche Krankengeschichten sind von Goldstein mitgeteilt: eine hysterische Lähmung, eine hysterische Kontraktur, eine pseudospastische Parese mit Tremor (Bestehen seit 15 Monaten, fast völlige Heilung nach einer Sitzung); ein halbseitiges Zittern (Bestehen seit 1 ½ Jahren, Heilung vom Symptom in einer Sitzung); zwei hysterische Taubheiten (davon eine seit 18 Monaten), eine hysterische Stummheit. — Die Einspritzung (mehr oder weniger Kochsalzlösung) wird möglichst in der Nähe der Stelle gemacht, wo Heilung eintreten soll.

Wilmanns (Neurolog. Zbl. 1916 S. 862) berichtete, daß sich die Behandlung mit starken Strömen nach Kaufmann in Baden sehr gut bewährt hat, besonders bei verzweifelten Fällen.

M. Liebers (Zur Behandlung der Zitterneurosen nach Granatchok; Neurol. Zbl. 1916 S. 871) ist in Fällen, wo die Hypnose nicht zum Ziele führte, — unabhängig von Kaufmann — zur künstlichen Chokerzeugung durch Applikation starker schmerzhafter sinusoidaler Wechselströme geschritten, jedoch immer mit vollem Einverständnis der Betreffenden, das er sich, allerdings ab und zu erst durch gewissermaßen suggestive Vorbereitung, durch Appellation an das Ehrgefühl geholt hat. Die große Plattenelektrode wurde dann am liegenden Patienten auf Brust oder Rücken gesetzt und mit der Bürste wurden die zitternden Glieder gestrichen, die Ströme müssen stark und ordentlich schmerzhaft sein, der Schmerz chokartig auf die ganze Seele erschütternd wirken, während man durch laute Verbalsuggestionen gleichzeitig auf das Schwinden des Zitterns hinweist. Das Zittern schwindet während der Reizung im Tetanus. Mit diesem Verfahren kam Liebers im Gegensatz zu Kaufmann bisher immer schon nach wenigen Sekunden zum Ziel. Vor der Behandlung müssen akute Erschöpfungssymptome, Herzschwäche usw. behoben sein.

Kehrer (Entstehung und Behandlung der Kriegsneurosen; Arch. f. Psych. Bd. 57 Heft 1) vergleicht den schmerzhaften elektrischen Strom mit dem Sporn des Reitkünstlers, der ihn neben anderen Mitteln („Hilfen") anwenden muß, um ein durch schlechte Reiter an Unarten gewöhntes Reitpferd wieder in korrekte Gangart zu bringen.

Wollenberg (ebenda) hat mit einem dem Kaufmannschen ähnlichen Vorgehen bei gewissen Fällen gute Erfolge erzielt, vielfach seien aber alle Bemühungen vergeblich gewesen. Rosenberg (ebenda) hat mit weniger robusten Methoden auch gute Resultate erzielt, manche Fälle reagierten sogar auf solche robusten Methoden sehr ungünstig.

F. E. O. Schultze (Über die Kaufmannsche Behandlung hysterischer Bewegungsstörungen; M. m. W. 1916 Nr. 38) betont, daß die Methode dem Kranken Unbequemlichkeiten auferlegt, aber nicht entfernt soviel, als die Natur von einer Gebärenden fordert oder wie manche Eingriffe der kleinen Chirurgie. Schlimmeres als drei bis fünf wehenähnliche Schmerzen auszuhalten, werde nicht verlangt. Eine „Überrumpelungsmethode", wie Kaufmann selbst das Verfahren genannt habe, sei es nicht, sondern im Gegenteil seelische Vorbereitung und Einstellung des Kranken auf die Methode sei die Hauptsache. Schultze gibt bei der Anwendung des Kaufmannschen Verfahrens der Einwirkung auf den Kranken durch das Wort noch mehr Raum als es Kaufmann tut. Er behandelt und beseitigt zunächst die leichteren Symptome, besonders An- und Hypästhesien und die leichteren Bewegungsstörungen, um durch die Aufweisung der Besserung auf den Kranken Eindruck



zu machen und sein Vertrauen zu erwecken. Auch elektrisiert er anfangs nicht an Kopf, linker Hals- und Brustseite wegen der Gefahr für das Herz. Ferner klärt er den Kranken in volkstümlicher Weise über die Nervenstörung auf: Widerstände, in der Nervenleitung durch die Granatexplosion erzeugt, werden zunächst durch den elektrischen Strom überwunden, Willensenergie hilft dann die Leitung in den richtigen Gang bringen. Schultze hat früher an sich selbst die höchsten, am Pantostaten erreichbaren Stromstärken ausprobiert, und sie zwar als unangenehm, aber doch erträglich empfunden. Die elektrischen Reizungen betragen jedesmal ½ bis 1, höchstens 1 ½ Minuten. Auf das Elektrisieren folgen sofort die Übungen. Wenn der Kranke sich nicht anstrengt, muß der Arzt selbst mitexerzieren. Die Gesamtdauer der einzelnen Sitzungen war 30 bis 50 Minuten, mitunter genügten 10 Minuten; davon entfielen auf das Elektrisieren 3 bis 7 Minuten, nämlich vier- bis fünfmal 1 bis 1 ½ Minuten, der Rest auf Übungen und Pausen. Über 55 Minuten ist Schultze nicht hinausgegangen, da die Willensanspannung und Anspornung der Energie des Kranken riesenhaft ist. Was sich nicht in der ersten Sitzung erreichen ließ, kam oft erstaunlich schnell in den nächsten 8 bis 14 Tagen beim Üben. Gegen die nicht selten in den ersten Tagen auftretenden Kopfschmerzen und Herzbeschwerden genügten meist Phenazetin und ätherischer Baldrian sowie Bettruhe. — Bei dem Verfahren kommt es darauf an, die vorhandene Chokwirkung durch einen neuen experimentell erzeugten und willkürlich abgestuften Chok zu beseitigen.

Jolly (Zur Behandlung und Prognose der Kriegsneurosen; Neurol. Zbl. 1917 Nr. 4 S. 174) hat von Hypnose keine Erfolge gesehen, dagegen recht gute von systematischer „elektropsychischer" Behandlung. Suggestive Therapie mit Hilfe des elektrischen Stroms hatte er schon früher angewendet, systematisch aber erst seit Kaufmann im Mai 1916 über seine Erfolge berichtet hatte. J. benützt keine so sehr starken Ströme und legt besonders Wert auf gleichzeitige oder folgende Übungen. Hysterische Aphonie konnte er unter 29 Fällen in 24 beseitigen. Man kann dabei manchmal eine schrittweise Wiederkehr der zu lautem Sprechen erforderlichen Mechanismen deutlich verfolgen, in anderen Fällen können die Lippenbewegungen des Arztes zunächst nicht nachgeahmt werden, um dann durch die Behandlung plötzlich nach einem lauten a-Ruf wieder völlig gebahnt zu sein. Bei schweren Abasien und Astasien sah Jolly fast immer wesentliche Besserung oder Heilung; öfter ging die Besserung jedoch nur soweit, bis die Leute ausgehen konnten. Es besteht große Neigung zu Rückfall bei Aufregung.

Nießl (Diskussion) stimmt Jolly bei, daß man durch die Kaufmannsche (oder eine andere) Behandlung nicht die Krankheit, sondern nur ein Symptom beseitige; Böhmig berichtete, daß bei zwei Fällen hysterischer Taubstummheit, die nach Kaufmann behandelt wurden, nach der Behandlung auf einem Ohr alte organische, dem Kranken nicht bewußte Schädigungen mit Herabsetzung der Hörfähigkeit festgestellt wurden.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhange folgendes Verfahren von E. v. Nesnera und E. Rablorzky (Zur Therapie der traumatischen Neurose und der Kriegshysterie; Wien. kl. Wochenschr. 1916 Nr. 51): Nach mehrstündiger oder wenn nötig mehrtägiger suggestiver Vorbereitung wird der Pat. in das verfinsterte Röntgenlaboratorium geführt, entkleidet, auf den zu diesem Zweck aufgestellten, mit einfachem Leintuch bedeckten Holztisch (oder Trochoskop) mit nach oben gestreckten Armen fixiert mittels vier gepolsterten Lederriemen, zwei an den Handgelenken, zwei über den Knöcheln. Dabei wird ihm wieder gesagt, daß die Krankheit heilbar ist und er in wenigen Sekunden geheilt sein wird, daß während der Bestrahlung sich das großartige Gefühl einstellen wird, daß seine Kraft und Gesundheit zurückgekehrt ist und daß er den Moment, wo er die vollständige Genesung fühlt, mit lautem Ruf melden soll.

Die Behandlung selbst besteht aus einer Fulguration, durch eine hochgespannte Induktionsfunkenserie. Der Strom wird durch den Apparat des Röntgenlaboratoriums geliefert. Der sekundäre, negative Pol ist eingeleitet in die in der Hand des Arztes befindliche Elektrode. Die Elektrode hat einen etwa 60 cm langen, aus isolierendem Material bereiteten Stiel. Holz ist nicht dazu zu verwenden, weil es, wenn feucht, leitet.

Unter das Gesäß des Patienten werden spanneweit von einander zwei feuchte Kalikobinden quer gelegt, darüber das Leintuch etwas befeuchtet. An das eine Ende der Bindenstreifen wird je ein Draht befestigt, deren einer zur Gasröhre (Erdleitung), der andere zum positiven Pol des sekundären Stromes führt. Aus dieser Leitung verzweigt sich die zweite Erdleitung eventuell zur Wasserleitungsröhre, Kanal usw.

Bei der Behandlung wird die mobile (negative) Elektrode an den Beinen, am Fußrücken, respektive an den Armen, in einer Entfernung von einigen Zentimetern auf- und abbewegt, wobei der Funke in den Körper überspringt und der Strom sich ausgleicht. Der Patient macht hierbei gewöhnlich

zuckende Bewegungen und reagiert mit Ausrufen des Schmerzes und der Überraschung. Die Behandlung dauert zwei bis zehn Sekunden, wonach die Sprache gewöhnlich zurückkehrt, respektive der Patient nach vorher besprochenem Übereinkommen dem Gefühle des Geheiltseins Ausdruck gibt. Wenn dies noch nicht erreicht ist, wird versucht, den Kranken in seiner fixierten Lage mit Verbalsuggestion zu beeinflussen und seine Aufmerksamkeit auf die schon eventuell bisher erreichte Besserung zu lenken. Wenn die vollkommene Heilung nicht zustande kam, wurde ihm gesagt, daß die Behandlung sofort oder in einigen Tagen fortgesetzt wird. Oft trat erst daraufhin die völlige Heilung ein. Bei Gehbeschwerden wird der Patient aus der Fixation erst dann befreit, wenn er mit voller Gewißheit angibt, daß er sich gesund fühle und gehen könne. Zwei, im Maximum drei solche einige Sekunden dauernde Behandlungen bringen immer den gewünschten Erfolg.

Während der Behandlung zirkuliert im primären Stromkreis des Röntgenapparates ein Gleichstrom von 150 Volt und etwa einem halben Ampere, der durch einen Turbinen-Quecksilber-Gas-Unterbrecher in der Minute zwei- bis dreihundertmal unterbrochen wird. Der Unterbrecher ist auf den schwächsten Strom eingestellt. Im sekundären Stromkreis, in welchem der Patient eingeschaltet ist, kreist während der Behandlung ein induzierter Strom von ca. 150 000 Volt von 3 bis 4 Milliampere, bei einer Funkenlänge von 3 bis 4 cm. Dieser Strom ist so schwach, daß er in der Röntgenröhre noch kein Licht erzeugt.

N. und R. haben den Strom an sich selbst versucht. Die Wirkung hat nicht den Typus des Schmerzes von faradischem Strom, die Reizung ist mehr lokalisiert und der Schmerz in seiner Qualität voller, dichter. Bei sensibler Haut entstehen manchmal kleine hyperämische Flecken an der Stelle der Funken, die aber bald vergehen.

In keinem der Fälle wurden schädliche pathologische Symptome von seiten des Herzens oder anderer Organe beobachtet. Bei Hyperthyreoidismus und organischen Leiden ist die Behandlung kontraindiziert. Die Methode wirkt unglaublich rasch, ist bequem und schont den Patienten und Arzt gleicherweise.

Jedes Röntgenlaboratorium läßt sich in 10 bis 15 Minuten durch einige primitive Gegenstände (Riemen, Gelenksfesseln, eine Elektrode, einige Drähte) für diese Behandlung umgestalten.

L. Schüller (Heilung der Erscheinungen der Kriegshysterie in Wachsuggestion; D. m. W. 1917, 24. Mai, Nr. 21) hat die Methode von Oehmen (D. m. W. 1917 Nr. 15) angewandt, und zwar mit überraschendem Erfolg; von 120 Patienten wurden 118 von den groben nervösen Erscheinungen völlig befreit, völlig schmerzlos und nicht bloß im Augenblickserfolg, bei dem ein Zweckmäßigkeitsmoment auf seiten des Kranken vorliegt. Schüller schreibt: „Der, der die Granaten neben sich hat platzen sehen und im Trommelfeuer gelegen, und noch mehr der, der selbst verschüttet war und neben seinen toten Kameraden ausgegraben wurde — vielleicht aber auch nur der —, versteht aber auch, wie groß in diesem Kriege die psychischen Insulte sein können und wie leicht sie bei seelisch geschwächten und weniger widerstandsfähigen Menschen so schwere und nachhaltige Einwirkungen erzeugen können. Er versteht diese psychischen Wirkungen des Trommelfeuers und der Granaten sicher eher, als daß er es verstehen wird, daß auf der letzten Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte von der Mehrzahl der Fachleute von Defekten in dem Gesundheitsgewissen, von Zweckneurosen, von ungeahnter Vielseitigkeit der Begehrungsvorstellungen geredet wurde in bezug auf Leute, die oft viele Monate lang im Schützengraben standgehalten und Hunderte von Granaten hatten platzen sehen, bevor ihre ersten Krankheitserscheinungen auftraten." Schüller scheidet bei der Behandlung die militärische Vorgesetzteneigenschaft völlig aus; er verzichtet auf äußeren Zwang und redet mit den Kranken rein ärztlich. Das Wesentliche der Methode besteht in Wachsuggestion in Verbindung mit leichtem faradischem Strom, der nur in vereinzelten Fällen für kurze Dauer verstärkt wurde. Die Methode hat ferner den Vorzug vor dem Kaufmann-Verfahren, daß sie auch bei Offizieren und gebildeten Soldaten uneingeschränkt anwendbar ist. Sie ist nach Schüller die beste Art der Kriegshysteriebehandlung, die wir bis jetzt kennen.

Zur Behandlung des Dekubitus.

Ein Kapitel zur Adsorptionstherapie in der Wundbehandlung unter spezieller Berücksichtigung der Lenicet-Boluspräparate und von Bolusal und „Bolusal mit Tierkohle" (Carbobolusal).

Von Dr. E. **Wernecke**-Schlachtensee-Fichtenhof.

Als unangenehme und oft nicht zu vermeidende Komplikation hat der Dekubitus von jeher in der psychiatrischen Praxis eine gewisse Rolle gespielt. Abgesehen von den besonderen Schwierigkeiten, die motorische Unruhe in irgendeiner Form, Unsauberkeit, Marasmus usw. bereiten, ist wohl auch hier in vielen Fällen das heilungsverhindernde Moment in erster Linie die Sekretion, die auch nach geeigneter chirurgischer Behandlung, rücksichtslosem Spalten aller Hauttaschen und langen Gänge, sorgfältigem Entfernen aller Nekrosen und Gewebsfetzen oft nicht versiegen will. Feuchte Verbände, Kompressen mit Argentum-Perubalsamsalbe oder 10%iger Zinkvaseline, auch die von der modernen Chirurgie bevorzugten aseptischen Trockenverbände und antiseptischen Ausspülungen ändern daran in vielen Fällen nichts. Meist trotzt jede stark sezernierende Druckbrandwunde, zumal wenn sie wegen der Verunreinigung mit Kot und Urin am Kreuzbein infiziert auftritt und einen besonders raschen Zerfall der brandigen Stelle und eine oft sehr weit und tief gehende, schmerzhafte, eitrige oder jauchige Unterwühlung der Haut mit Gangrän der Faszie ev. der Knochenoberfläche bietet, allen diesen erwähnten Behandlungen. Die Frage, ob mehr oder weniger die Unmöglichkeit, die allgemeine körperliche Schwäche und mit ihr die verminderte Widerstandskraft, die durch irgendwelche Erkrankung bedingte Kachexie als konstitutionelles Moment zu beseitigen, schuld an der fast aussichtslosen Heilung ist, oder ob gerade der langdauernde, eitrige, jauchige Prozeß am meisten eine zunehmende Entkräftung und Verhinderung einer Heilung mit sich bringt, oder, wie wahrscheinlich, beides und alles zusammen eine Rolle spielt, erscheint im Grunde genommen für psychiatrische Fälle weniger wichtig als die Erwägung und die Suche nach einem Mittel um Abhilfe.

Angeregt durch die in letzter Zeit wieder mehrfach beschriebene verschiedenartige Verwendungsmöglichkeit der Bolus alba und die sogenannte Adsorptionstherapie habe ich Tonerdepräparate bei der Behandlung des Dekubitus als Wundstreupulver versucht. Ich benutzte von der Firma Dr. Rudolf Reiß in Charlottenburg hergestellte Bolus- und Bolusalpräparate.

Das Prinzip der Adsorptionstherapie besteht nach Oppenheim (Berl. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 22) darin, daß eine Adsorption, d. i. Bindung des betreffenden Virus an das eingebrachte Mittel, ein hydrophiles Pulver, und damit Unschädlichmachung und Ausscheidung aus dem Säftestrom angestrebt wird. Physikalisch betrachtet, setzt sich diese adsorptive Wirkung aus zwei Komponenten zusammen: Erstens erfolgt eine Anziehung oder Ansaugung des infektiösen Sekrets, die eine Austrocknung und damit Umwandlung des kranken Gewebes in einen für Bakterien ungeeigneten Nährboden zur Folge hat; zweitens findet — teils durch eben diese Austrocknung des Substrates, teils durch die keimtötende Wirkung beigemengter antiseptischer Stoffe — eine Verminderung oder gar Vernichtung der Entzündungserreger statt. Der Erfolg wird also ein doppelter sein: Aufhören der Sekretion, Eiterung oder Jauchung einerseits, Stillstand, Rückgang oder Abklingen der Entzündung andererseits. So erfüllt die Adsorptionstherapie — vorerst wenigstens theoretisch — ausgezeichnet die Anforderungen einer sachgemäßen Behandlung bakterieller Sekretionen. Danach wäre Bolus ein mechanisches und in Verbindung mit anderen Mitteln auch chemisch wirkendes Antiseptikum.

Man erinnert sich dabei an ein altes einfaches Mittel, das auch auf mechanischem Wege die Austrocknung der Dekubituswunde und Entfernung der heilungswidrigen Sekrete anstrebte, an die von Sander, dem früheren Direktor der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf, im Jahre 1884 angegebene Lagerung auf mit Sublimat imprägnierter Holzwolle, in die der Kranke nach Sanders in der Berliner klin. Wochenschr. gemachten Angaben am besten ohne Hemd gebettet wird. Diese einfache Behandlung hat trotz bekannter Nachteile noch ihre Anhänger und ist noch 1911 in der Deutsch. med. Wochenschr. von Zweig-Dalldorf empfohlen worden. Eine Bindung des Sekretes und damit Unschädlichmachung und Ausscheidung aus dem Säftestrom wird auch hier angestrebt und mit einfachen Mitteln erreicht.

Die Bolusbehandlung, deren erste Anfänge fast 2000 Jahre zurück verfolgt werden können, wurde 1911 von Stumpf (M. m. W.) wieder erweckt. Nach seinen Mitteilungen lassen die besonderen Eigenschaften der Bolus, vor allem ihre stark austrocknende, anscheinend bakterizide Wirkung dem Bolusverband eine viel wichtigere Indikation zukommen, als Granulationen günstig zu beeinflussen, nämlich die Verhütung und Bekämpfung gefährlicher Bakterienprozesse auf Wunden. Worin die bekannte günstige Beeinflussung von aller Art Wun-



den durch die Tonerde besteht, ist vielfach behandelt und veröffentlicht worden. Nach Liermann, der 1911 in der D. m. W. 40/41 mit dem Hinweis darauf, daß als Ergebnis der Verhandlungen des gleichjährigen Chirurgenkongresses nicht die bakteriologische Keimfreiheit der Wunde, sondern die Verhütung von Heilungsstörungen das erstrebenswerte Ziel sei, warm für die Bolusbehandlung als Mittel zur Beschränkung der Sekretion eintritt, beruht die anscheinend bakterizide Wirkung der Bolus übereinstimmend mit anderen früheren Mitteilungen auf einer rein mechanischen Leistung, zu der sich erst durch Zusatz von anderen Mitteln wie Argentum nitricum eine chemische gesellt.

Dies Verfahren, seit Jahrhunderten bekannt, seit 1911 neu erweckt, hat unter dem neuen Namen der Adsorptionstherapie, erst intern und klysmatisch bei Darmerkrankungen, dann auch in der Behandlung infizierter Wunden Beachtung erregt.

In all den Fällen, wo man trotz sorgfältiger Entfernung aller nekrotischen Fetzen aus allen Buchten und Gängen und häufiger aseptischer Verbände mit und ohne Salbenzusatz keine Reinigung des Geschwürs, kein Versiegen der Sekretion, kein Auftreten von Granulationen sah, habe ich nach einem täglich wiederholten längeren Bad mittels Zerstäubers Lenicet-Bolus oder Bolusal-Reiß in alle Teile und Teilchen der trocken getupften Wunde reichlich gebracht, die Wunde mit einer Mullkompresse bedeckt und mit Zellstoff dick gepolstert. Am nächsten Tage wurde die Wunde im Bade von den mit dem aufgesogenen Sekrete vermengten Puderklümpchen mit Leichtigkeit befreit und nach dem Bade wieder in gleicher Weise verbunden, und so fort.

Lenicet ist bekannflich ein Aluminiumacetat, essigsaure Tonerde in staubfeiner Form, ein schwer lösliches, vollkommen ungiftiges, luft- und lichtbeständiges, nicht hygroskopisches Pulver, das in Wasser langsam, aber ununterbrochen geringe Mengen Aluminiumacetates abspaltet und sowohl in sauren wie in alkalischen Medien eine gelinde, allmählich stärker werdende, lokal desinfizierende und adstringierende Wirkung ausübt. Bolus ist kieselsaure Tonerde in unlöslicher Form und hat eine stark hydrophile Fähigkeit. Adsorbierung, Entzündungswidrigkeit und Keimabtötung werden also schon von dem einfachen Präparat, dem sterilen Lenicet-Bolus, 20 % ig, erreicht, dessen Anwendung bei einfachen Fällen von Dekubitus bereits eine gute Wirkung haben wird. Ein besonders entzündungswidriges und durch Zusammenziehung die Sekretion verminderndes Mittel ist Lenicet-Bolus mit Argentum (½ %), ein wundepithelisierendes Trockenmittel mit einer milden antiseptischen Silberwirkung. Bei übelriechenden Geschwüren wird eine Kombination mit Peroxyd — Lenicet-Bolus mit Peroxyd 5 % — von gutem Nutzen sein. Für jauchige Prozesse scheint Lenicet-Bolus mit Jod (1 %) angebracht zu sein. Auch das mit sterilisierter Bolus hergestellte Peru-Lenicet-Pulver kann unter unterstützender Behandlung das Abstoßen kleiner nekrotischer Gewebspartien und einen stetig fortschreitenden Wundverlauf unter Bedeckung mit guten, reinen Granulationen bewirken.

Ein erhöhtes Adsorptionsvermögen wohnt dem Bolusal inne, eine auf feuchtem Wege gewonnene Kombination von reinster sterilisierter Bolus mit frisch gefälltem Aluminiumhydroxyd, ein gutes Excsiccans und reizloses Desinfizienz, das sich bei starker Sekretion vorzüglich bewährt. Bolusal läßt sich noch kombinieren mit Tierkohle und kommt als „Bolusal mit Tierkohle" in den Handel. Tierkohle, die neuerdings wegen ihres starken Adsorptionsvermögens als ein therapeutisch ungemein wertvolles Agens erkannt wurde, erreicht eine gesteigerte Aufsaugung der Wundsekrete und durch deren Einhüllung in harmloser Weise ohne Verwendung von Zellgiften eine antitoxische und antibakterielle Wirkung. „Bolusal mit Tierkohle" empfiehlt sich bei infizierten Wunden mit entzündeter Umgebung und eitriger Sekretion.

Ist es, sofern es gleichzeitig möglich war, den allgemeinen Kräfte- und Ernährungszustand zu heben, neben Dauerbädern und Herabsetzung des Drucks auf ein Minimum durch die sogenannte Adsorptionstherapie gelungen, das Druckbrandgeschwür von dem Wiederauftreten von Nekrosen und der starken Sekretion zu befreien, sprießen frische rote Granulationen, so kann man allmählich zur Salbenbehandlung übergehen.

Abgesehen von leichten und mittelschweren Fällen von Dekubitus — auch in solchen wende ich die Adsorptionstherapie der guten Erfolge wegen, der Einfachheit und der Billigkeit wegen gern an — war das Resultat bei einem sehr schweren, ausgedehnten, eitrig-jauchigen Dekubitus mit Metastasenbildung im Endstadium einer Tabes nach manchen Mißerfolgen mit anderer Behandlung so verblüffend, daß ich nicht anstehe, das geschilderte Verfahren als nachahmenswert zu empfehlen.



Freisteigende Vorstellungen.

Von **J. Bresler.**

Der Ausdruck stammt, soweit ich mich aus philosophischen Studien erinnere, von Herbart. Vom pathologischen Einfall liest man in Schüles Lehrbuch der Psychiatrie (nicht in seiner späteren Klinischen Psychiatrie). Dann hat Wernicke von überwertigen Ideen geschrieben, was aber im Grunde auf seine besondere Auffassung der Zwangsvorstellungen hinauslief, und Bonhöffer von alleinstehenden krankhaften, mehr paranoiaartigen Vorstellungen.

Eine Art freisteigender Vorstellungen, die weder nach Entstehung, noch nach Inhalt und Wirkung krankhaft ist, wurde mir von einem guten, durchaus nicht hypochondrisch veranlagten Selbstbeobachter geschildert. Es ereignet sich ihm, während er angestrengt geistig arbeitet, manchmal ein Vorüberhuschen irgendwelcher Einzelerinnerung aus längst vergangener Zeit. Diese Erinnerung hat nicht den geringsten Zusammenhang mit dem Gegenstand jeweiliger geistiger Beschäftigung, noch mit voraufgegangenen Erlebnissen oder mit augenblicklichen Sinneseindrücken. Der Gewährsmann hat immer wieder vergeblich nach irgendwelcher inhaltlicher, assoziativer oder sprachlicher Beziehung gesucht. Das Auftauchen ist mit keiner noch so leisen Gemütserregung verbunden, es ruft auch keinen Zwang zu assoziativer Anknüpfung an den jeweiligen Gedankengang hervor. Es besteht kein Haftenbleiben der aufgetauchten Erinnerung, kein Drang, den Inhalt der Erinnerung reproduktiv weiter zu verfolgen. Der Gewährsmann kann sich nicht besinnen, daß bestimmte Erinnerungen mit besonderer Häufigkeit auftauchen und sich wiederholen; es sind im Gegenteil jedesmal andere. Der ganze Vorgang beunruhigt den Gewährsmann weder momentan, etwa durch das Überraschende, Unvermittelte des Eintritts in das Bewußtsein, noch etwa durch Grübeln über mögliche krankhafte Bedeutung. Kurz es ist ein sanftes, schnelles Vorbeischlüpfen der Erinnerung an irgendeinen beliebigen Eindruck, Vorgang, an irgendein Erlebnis aus früheren Jahren, ohne jede Affektbetonung. Der Gewährsmann hat mich auch nicht etwa dieserhalb um Rat gefragt, sondern mir nur gelegentlich einer Unterhaltung über das Gedächtnis davon erzählt. Der Vorgang belästigt oder stört ihn in keiner Weise. Ja er sieht diese Bilder aus ferner Vergangenheit seines Lebens nicht ungern und, mag es auch an Natur und Ökonomie des Gedächtnisses und an unbewußter seelischer Selbstbefreiung liegen, Angenehmes fester und länger zu bewahren, so meint der Gewährsmann, daß auch Trauriges, wenn und obschon es in solch eigenartiger Weise ins Bewußtsein wiederkehrt, in einer historischen Abgeklärtheit und Überwundenheit erscheint, daß er sich freut, es noch im geistigen Besitz und als treuen, stillen Begleiter seiner Persönlichkeit zu wissen.

Die Dauer einer solchen freisteigenden Vorstellung, die klar, aber nicht so lebhaft wie gewöhnliche Erinnerungen ist, schätzt er auf 1 ½ bis 2 Sekunden. Die Denkarbeit erfährt dabei nicht die geringste Unterbrechung.

Die Erklärung ist schwierig. Man kann annehmen, daß bei intensivem Denken, eine gewisse Disposition vorausgesetzt, eine Welle stärkerer gedanklicher Erregung im Vorbeiziehen mechanisch für einen Moment irgendeine Hirnrindenzelle in ihrem jahrzehntelangen Schlafe stört und eine alte schlummernde Erinnerung weckt, die dann wie der Ton einer zufällig mitberührten Saite des Streichinstruments für einen Augenblick mitklingt. Aber das ist nur Gleichnis, wie alle Erklärungsversuche bei geistigen Vorgängen. Warum? Weil alles Denken nur Spiegel mechanischen Geschehens, ja solches selbst ist. Die Sprache hat für Denkvorgänge keine anderen Bezeichnungen als für grob mechanische Vorgänge: wir „setzen" voraus, „stellen" fest, „schließen", „legen" aus, ver„stehen", „fassen" auf, be„greifen", ur„teilen", „richten", „lehnen" ab usw. Tat doch Cartesius — ich glaube, daß er es gewesen — den Ausspruch: Gott denkt in Geometrie —, und Kant stellte den paradoxen Satz auf: Der Verstand schreibt der Natur die Gesetze vor.

Der Ausdruck: freisteigende Vorstellung trifft allerdings nicht ganz das Richtige: Wir haben nur das Gefühl, daß sie frei auftaucht, weil wir das Wie ihres Werdens innerlich nicht wahrnehmen. Nur so sprechen wir auch von Willensfreiheit. Daß aber das bewußte Empfinden unterbewußten inneren Geschehens ein unendlich feines und fein abgestuftes ist, wissen wir.

16. IV. 1917.

Mitteilungen.

— **Prof. Dr. Paul Flechsig**, Ordinarius für Psychiatrie in Leipzig, feierte am 29. Juni seinen 70. Geburtstag. Die psychiatrische Wissenschaft verdankt Flechsig außerordentlich viel, indem er die Lehre von der Lokalisation der geistigen Vorgänge, insbesondere der Sinnesempfindungen ausarbeitete und die Entwicklung der Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen klarlegte. Flechsig, als Sohn eines Geistlichen in Zwickau geboren, studierte von 1865 in Leipzig Medizin, wo er 1870 mit einer Arbeit über die syphilitische Gehirnhautentzündung promovierte. Nachdem er am Deutsch-Französischen Kriege als freiwilliger Arzt teilgenommen, wurde Flechsig Assistent an der Leipziger medizinischen Poliklinik, am pathologischen und physiologischen Institut, und habilitierte seit 1874 für das Fach der mikroskopischen Anatomie. 1877 wurde er zum außerordentlichen Professor der Psychiatrie ernannt und leitete die Einrichtung der neu begründeten psychiatrischen und Nervenklinik, deren Vorstand er 1882 wurde. 1884 wurde er zum ordentlichen Professor ernannt. Von Flechsigs sonstigen wissenschaftlichen Leistungen seien erwähnt seine Aufsätze über „Gehirn und Seele", „Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen" und ein „Plan des menschlichen Gehirns". (Voss. Ztg.)

— **Der Verein norddeutscher Psychiater und Nervenärzte** hatte eine Kriegstagung einberufen, die am 16. und 17. Juni in Hamburg zusammentrat unter großer Beteiligung hiesiger und auswärtiger Fachärzte, darunter auch zahlreiche Vertreter der Sanitätsoffiziere des Heeres und der Marine und ihrer behördlichen Stellen. Zwei Sitzungen fanden in der Irrenanstalt Friedrichsberg unter Vorsitz von Professor Kleist-Rostock und Professor Weygandt-Hamburg statt. Die Referate, Vorträge und Demonstrationen behandelten eingehend aktuelle Themen, besonders Kriegserkrankungen, und führten zu lebhaftem Meinungsaustausch. In den neuen Laboratoriumsräumen der Anstalt Friedrichsberg war eine umfangreiche Ausstellung wissenschaftlich interessanter Hirn- und Nervenpräparate veranstaltet. Auch fanden Besichtigungen der Nervenstation des Eppendorfer Krankenhauses, der Hirnverletzten-Station in der Hilfsschule Finkenau, sowie der Neubauten der Irrenanstalt Friedrichsberg, Lazarett, Sprachbehandlungsstation, Zentralküche, Laboratorien usw. statt.

— **Löhnung für geisteskranke Heeresangehörige.** Während der Dauer des Krieges darf auch für die in Irrenanstalten aufgenommenen geisteskranken Heeresangehörigen Weiterzahlung der Löhnung bis zur vollen Höhe bewilligt werden, soweit sie in dieser Zeit zum Vorteil des Kranken verwendet werden kann oder zur Unterhaltung seiner Angehörigen erforderlich ist. Zu der Kaiserlichen Order dieses Inhalts verfügt das Kriegsministerium in beigegebenen Erläuterungen u. a. folgendes: Als ein persönlicher Vorteil für den Kranken soll die Beschaffung von Genußmitteln oder Lebensmitteln zur Verbesserung der Ernährung nicht angesehen werden. In Betracht kommen sonstige Erleichterungen seiner Lage, Abtragung von Schulden, Beschaffung von Arbeitsgeräten u. a. Die Gewährung der Löhnung zur Unterstützung der Familie darf nur stattfinden, wenn der Kranke auch vor Erkrankung seine Angehörigen aus seinen Löhnungsbedürfnissen unterstützt hat oder nachträglich Umstände eingetreten sind, die eine weitergehende Unterstützung notwendig machen.

— **Dillingen.** Bei einem hier niedergegangenen schweren Gewitter gelangte durch einen Schrecken ein in einem hiesigen Lazarett befindlicher Krieger, der an einem Nervenchok leidet und die Sprache verloren hatte, plötzlich wieder in den Besitz seiner Sprache. (Fränkischer Kurier, Abendausgabe, Nürnberg, 9. Mai 1917).

— **Zur Eröffnung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München.** Die deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie, die nach einer dem bayrischen Staat von Menschenfreunden zur Verfügung gestellten Stiftung von 1 700 000 M bei der Universität München errichtet werden konnte, hat am 10. Juni in Gegenwart des Königs und von Vertretern der Behörden und der ärztlichen Wissenschaft ihre Gründungssitzung abgehalten. Von den Stiftern waren Dr. Krupp v. Bohlen-Halbach mit Gemahlin zugegen, für das Kaiser-Wilhelm-Institut Geheimrat Dr. Harnack aus Berlin. Geheimer Hofrat Professor Kraepelin (München) hielt den Festvortrag über das Thema: Hundert Jahre Psychiatrie.

— **137 599 Geisteskranke in Irrenanstalten Preußens 1914.** Es ist hier nicht angezeigt, auf die Frage nach der Ursache der dauernden Zunahme der in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken näher einzugehen, die offenbar abnehmende Scheu vor derartigen Heilanstalten und die Vermehrung an sich der Anstalten wird wohl eine wesentliche Rolle bei der Zunahme spielen. Am 1. Januar 1914 befanden sich laut dem Zahlenmaterial des Königlichen Statistischen Landesamts zu Berlin in den Irrenanstalten Preußens 51 803 männliche und 45 964 weibliche Geisteskranke. In Zugang kamen im Lauf des Jahres 1914 23 085 männliche und 16 747 weibliche Kranke, so daß im Berichtsjahr insgesamt 137 599 (74 888 m. und 62 711 w.) Geisteskranke in Behandlung waren. Die Zunahme der in Anstalten verpflegten Geisteskranken ist seit 1903 wie folgt vor sich gegangen: 1903 88 892, 1904 92 720, 1905 92 008, 1906 103 355, 1907 108 721, 1908 113 318, 1909 125 181, 1910 127 914, 1911 132 982, 1912 135 079, 1913 137 978, 1914 137 599. Die rückläufige Bewegung in der Zahl der Geisteskranken im Berichtsjahr sieht das Statistische Landesamt in dem Umstand, daß die Militärpersonen außer Betracht gelassen sind. Über die Krankheitsformen wurde festgestellt, daß der Bestand Ende 1914 betrug: 37 247 m. und 41 239 w. einfache Seelenstörung, 5628 m. und 1785 w. paralytische Seelenstörung, 15 999 m. und 12 073 w. Imbezillität (angeborene), Idiotie und Kretinismus, 9868 m. und 7049 w. Epilepsie, 146 m. und 565 w. Alkoholismus.

Werden die Nervenkranken usw. in den Anstalten für Geisteskranke mitberücksichtigt, so ergibt sich für 1914 eine Gesamtzahl von 149 699 (81 199 m. und 68 500 w.) Verpflegten, von denen sich am 1. Januar 99 491 (52 585 m.,



46 906 w.) oder 66,45% aller Verpflegten bereits in den Anstalten befanden, während 50 208 (28 614 m. und 21 594 w.) im Laufe des Jahres neu aufgenommen wurden. — Von dem Gesamtzugang von 28 614 m. und 21 594 w. Kranken waren unter 16 Jahre alt: 1594 m. und 1053 w., erblich belastet: 5187 m. und 4412 w.. Trinker: 6288 m. und 480 w. (Rhein.-Westf. Ztg., Essen, 5. Mai 1917.)

— **Ernährung.** Daß es schon in der Bibel (Genes. Kap. 41, V. 33 bis 35) „Brotmarken" gegeben, darauf weist Ratner in Hygien. Rundschau 1915 Nr. 8 hin; auch eine Art Verstaatlichung der Lebensmittel und eine Diktatur darüber (ebenda, V. 39, 40; Ratner, Fortschr. d. Med. 1916/17 Nr. 17). Döllner (Falsche Ernährung — grünes Gemüse! M. m. W. 1917 Nr. 20) weist auf die bekannte Wichtigkeit der Gemüse als Träger der Eisen- und anderer Salze hin; mangelnde Zufuhr letzterer bewirkt Bluterkrankung, R. E. May (Hamburg) (B. kl. W. 1917 Nr. 12) auf den ebenfalls bekannten (siehe in meinem Referat über Ernährung, Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung) sehr kostspieligen Umweg der Ernährung des Menschen über die Schweinemast. Zu dem Kunststück, aus den Kohlehydraten der Nahrung Fett zu bilden, ist der Mensch selbst durchaus und reichlich befähigt. Bei der Schweinezucht geht mehr als 80% des auf sie verwendeten Eiweißes und 80,5% der auf sie verwendeten Kalorien verloren! Das Verschwinden des Schweines würde an Kalorien für 36 Millionen Menschen, an Eiweiß für 46 Millionen Menschen neue Nahrung geben. Schweinezucht sollte nicht mit Dingen betrieben werden dürfen, die auch für die menschliche Ernährung in Betracht kommen. B.

Referate.

— **Zur Pathologie des Fazialisphänomens.** Von Erwin Pulay. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 42.

Zusammenfassung: Die häufige Beobachtung des Chvostekschen Fazialisphänomens bei den verschiedensten Erkrankungen ließ eine systematische Untersuchung an einem großen Material wünschenswert erscheinen.

Die Untersuchungen ergaben einen einheitlichen Befund: in fast allen Fällen von Chvostekschem Fazialisphänomen ließen sich Veränderungen meist entzündlicher Natur (Zerklüftung, Pfröpfchen-, Abszeßbildung) an den Tonsillen feststellen. Diese Veränderungen scheinen meistens ihrer Intensität nach mit der Stärke des auslösbaren Fazialisreflexes parallel zu gehen.

Bei einseitigem Phänomen fanden sich häufig auch die Tonsillarveränderungen an der dem Reflex entsprechenden Seite.

Die Ursache für das Zustandekommen des Chvostekschen Fazialisphänomens glauben wir in der pathologischen Veränderung der Tonsillen erblicken zu müssen.

Die Einheitlichkeit der Untersuchungsresultate führt dahin, ein bestehendes Fazialisphänomen nahezu ausnahmslos als sicheren Hinweis auf bestehende Tonsillarerkrankung (Zerklüftung, Pfröpfchen-, Abszeßbildung) ansehen zu dürfen.

Bei der hohen Bedeutung der Tonsillarveränderungen für den Organismus dürfte ein so leicht und rasch auslösbares Symptom wie das Fazialisphänomen, welches eine Erkrankung der Tonsillen anzeigt, als wichtiger klinischer Behelf anzusehen sein.

Während das Chvosteksche Symptom bisher bloß als ein bei den verschiedensten Erkrankungen und auch bei Gesunden vorkommender Befund galt, erscheint nach den angeführten Untersuchungen dieses Phänomen nunmehr auf eine einheitliche Basis gestellt und dürfte dasselbe als klinischer Behelf für die Erkennung wichtiger pathologischer Veränderungen, die sich nur zu häufig unserer Beobachtung entziehen — der Tonsillarerkrankungen — eine besondere Bedeutung erlangen. B.

— **The Wassermann test in practical Psychiatry.** Von Lawson G. Lowrey. American Journ. of Insanity 1916, April.

Ergebnisse der Wassermann-Reaktion im Blutserum bei 1600 Geisteskranken: Bei 864 Männern war in 164 Fällen = 19% die WR. positiv, bei 736 Frauen in 92 = 12,5%; im ganzen in 256 Fällen = 16%, zweifelhafte waren unter diesen Fällen 3,87%.

Einschließlich Fälle mit positiver Spinalflüssigkeit und negativer oder zweifelhafter Blutreaktion war bei 273 oder 17% der 1600 Kranken die Reaktion positiv.

Von den 164 Männern mit positiver Blutreaktion litten 113 = 68,8% an „Nervensyphilis"; von den 92 Frauen waren 32 = 34,8% „paralytisch". Von den 256 Fällen litten 145 = 56,7% an „Nervensyphilis".

Ausschließlich Paralytiker war die Reaktion positiv in 7,6% von 1455 Aufnahmen.

Von den nichtparalytischen Fällen mit positiver Reaktion im Blut waren 20 „organische", 80 „funktionelle" und 10 „unklassifizierte" Fälle.

Auffallend häufig fand sich positiver Wassermann im Blut bei chronischem Morphinismus.

Zweifelhafte WR. war in etwa einem Viertel der Fälle positiv in Blut oder Spinalflüssigkeit bei späteren Untersuchungen. Unter den Paralytikern dieser Serien war die Blutreaktion positiv in 87,5%, negativ in 10,3%. Der Liquor war positiv in 87,2%, negativ in 8,5%, während die Reaktion in beiden Flüssigkeiten positiv war bei 75% der Fälle.

Bei 276 Fällen war die WR. im Liquor in 126 positiv; von diesen hatten 109 positive WR. in Blut und Liquor, 5 zweifelhafte WR. im Blut, positive im Liquor, 12 negative WR. im Blut, positive im Liquor.

Von den 126 Fällen mit positiver WR. im Liquor waren 121 paralytisch, 2 imbezill, 1 organisch-dement, 1 heroinistisch, 1 psychoneurotisch; die letzten 5 können vielleicht später noch paralytisch werden. Bresler.

— **Die Lumbalpunktion als therapeutisches Hilfsmittel bei gewissen Formen der Kriegshysterie.** Von Dr. Baron Tibor v. Podmaniczky. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 44.

Bei neun Leuten, die im Anschluß an ein körperliches Trauma plötzlich die Fähigkeit des aufrechten Stehens verloren (die Körperhaltung erinnerte an die Altersversteifung der Wirbelsäule oder an die Strümpell-Mariesche Form der Wirbelankylose), verschwanden die soma-



tischen Symptome nach einer, höchstens zwei Lumbalpunktionen. (Gaupp, Ungewöhnliche Formen der Hysterie bei Soldaten. Vortrag. Ref. M. m. W. 1915 Nr. 33 S 1119.) B.

— **Über Schüttelnystagmus und Nystagmographie.** Von Dr. Witmer (Bern). Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 42.

W. demonstriert einen auf der Klinik des Professors Meller zur Beobachtung gekommenen Fall von Schüttelnystagmus, der ungefähr jede Sekunde eine Periode von sehr schnellen, horizontalen, pendelartigen Schwingungen zeigt, 17 bis 18 pro Sekunde oder 1020 bis 1080 pro Minute, nach Unfall (Sturz auf den Kopf) entstanden und vielleicht funktioneller Natur, da keine Zeichen einer Gehirnläsion gefunden werden konnten. Ohrbefund normal. In der Literatur ist ein einziger ähnlicher Fall von Majewski beschrieben. B.

Buchbesprechungen.

— Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916, Jul. Springer.

Die derzeitige lange Kriegszeit, die alle ärztlichen Kräfte des deutschen Vaterlandes aufs äußerste in Anspruch nimmt, hat uns in diesem Jahre ein neues psychiatrisches Lehrbuch eines Neutralen gebracht, der sich unserer Muttersprache bedient und zugleich eine Koryphäe unserer Spezialwissenschaft ist: nämlich Bleuler-Zürich. Das 518 Seiten umfassende, mit 49 Textabbildungen versehene Buch beginnt mit einer „psychologischen Wegleitung", die 36 Seiten umfaßt. Daran schließt sich dann der Abschnitt „Allgemeine Psychopathologie" (64 Seiten). Was andere vielleicht noch in das letztgenannte Kapitel eingeschlossen hätten, kommt sodann bei Bleuler in gesonderten Abschnitten: Die Körpersymptome, die Erscheinungsformen der Geisteskrankheiten, der Verlauf derselben, die Grenzen des Irreseins, die Einteilung der Geisteskrankheiten, die Erkennung des Irreseins, die Differenzialdiagnose, die Ursachen der Geisteskrankheiten, die Behandlung derselben im allgemeinen und die Bedeutung der Psychiatrie. Dann erst kommen auf Seite 159 die einzelnen Geisteskrankheiten, die nach der Kraepelinschen Schule eingeteilt werden, nur daß einzelne Namen (Schizophrenien statt Dementia praecox, Oligophrenien statt Imbezillität und Idiotie) im bekannten Bleulerschen Sinne umgeändert werden. Zum Schluß wird dann noch auf 50 Seiten „das Notwendigste aus der gerichtlichen Psychiatrie" zusammengefaßt, wobei sowohl das schweizerische wie das deutsche Recht berücksichtigt wird.

Das Lehrbuch ist durchaus brauchbar für den Nichtpsychiater sowohl wie für den Irrenarzt. Wem die Psychiatrie eine noch relativ fremde Materie ist, der wird manche Wiederholung derselben Sache in verschiedenen Zusammenhängen und die Dreiteilung des Druckes in Normal, Großpetit und Kleinpetit — letztere beide mag derjenige weglassen, „der mit seinem psychiatrischen Wissen gerade noch auskommen möchte" — sehr angenehm empfinden. Hingegen der Fachmann findet neben einer gewissen Vollständigkeit der Materie, die in einem flotten Stil und in begrifflich leichtfaßlicher Darstellung niedergelegt ist, zum ersten Mal eine restlose Zusammenfassung der spezifisch Bleulerschen Lehren und Anschauungen, die, wenn man sie auch nicht immer

unterschreiben kann, doch vieles Interessante und manche Anregung bieten. Ich verweise z. B. auf die Darlegungen im psychologischen Teil, wo Verfasser sich bemüht nachzuweisen, welche philosophische Weltanschauung mit der Psychiatrie und ihrem „Monismus" einerseits und dem Christenglauben andererseits in Einklang zu bringen sei, oder wenn er auf zwei Seiten Kleindruck die eminente Bedeutung der Psychiatrie verficht, dabei die These verteidigend, daß zurzeit einer der wichtigsten, wenn nicht der wichtigste Weg zur Kenntnis der menschlichen Seele über die Psychiatrie führe. Ganz besonders haben mir auch die Kapitel „Behandlung der Geisteskrankheiten" und die ausgedehnte Symptomatologie der Dementia praecox gefallen. Raummangels wegen muß ich mir leider versagen, weiter auf Einzelheiten einzugehen.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Ahlfeld, Geh. Med.-Rat F.: Traum und Traumformen. Ein Beitrag zur Frage nach der Entstehung des Traumes und seiner Bilder. 34 S. Leipzig 1916, F. W. Grunow. 1,00 M.

Berichte aus dem eigenen Traumleben, mitgeteilt zu dem Zweck, den gebildeten Leser für die Traumfrage zu interessieren und zur streng objektiven Sammlung von Material anzuregen, besonders aber zur vorurteilsfreien Erforschung der ursächlichen Momente. Notwendig ist, den Trauminhalt bald nach Erwachen niederzuschreiben. Die bisher verneinte Frage, ob man im Traum hört, glaubt Verf. aus eigenen Träumen bejahen zu können.

Bresler.

— Zentralblatt für Psychologie und psychologische Pädagogik (mit Einschluß der Heilpädagogik). Herausgegeben von W. Peters. II. Band (1915) Heft 5/6. Würzburg 1916, C. Kabitzsch.

Enthält zahlreiche lesenswerte Referate aus den verschiedensten Gebieten der Psychologie.

B.

Therapeutisches.

— **Studio clinicosperimentale sul Luminal.** Von Dr. Girolamo Tiretta. Instituto Psichiatrico e Neuropathologico delle R. Università di Padiva (Prof. E. Belmondo). Giornale di psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, Anno XLI, fasc. III—IV, 1913.

Auf Grund seiner Erfahrungen bei 43 Geisteskranken hält Verf. das Luminal für ein leicht zu nehmendes Beruhigungs- und Schlafmittel, dessen Wirkung von der Körperkraft der Patienten und dem Grad der Erregung abhängt. Die Dosen müssen also dem Zustande des Patienten angepaßt werden und schwanken zwischen 0,15 und 0,75 g. Der erzielte Schlaf war dem physiologischen ähnlich, dauerte durchschnittlich 7 Stunden und war genügend tief und ruhig. Temperatur, Puls, Atmung und Nierentätigkeit wurden auch bei langdauernder Verabreichung nicht ungünstig beeinflußt.

B.

— **Fortschritte in der Therapie der nervösen Störungen im Gebiete der Sexualfunktionen.** Von Nervenarzt Dr. Lißmann, München. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1915 Nr. 15/16.

Auf dem Gebiete der Pollutionsbehandlung hat sich der bisherigen Anwendung der Sedativa in letzter Zeit sehr erfolgreich die Verordnung der Styptika hinzugesellt, die auf den „Utriculus masculinus" tonisierend wirken. Unter den ersteren leisten neben dem alten Bromkampfer die Adamon-Tabletten — nach L.s Erfahrungen — vorzügliches.

Ausgehend von dem Gedanken, daß die Ejaculatio



praecox pathologisch-anatomisch den Pollutionen nahe verwandt ist, versucht man, dieser jetzt ebenfalls mit Tonizis beizukommen, und gibt mit gutem Erfolg Hydrastis, Styptizin, Liquor sedans, Styptol, Erystyptikum usw., doch können dabei nach L.s Erfahrungen vorerst die Sedativa, wie Adamon, nicht gut entbehrt werden. B.

Neuheiten aus ärztlicher Technik und Krankenpflege.

— Die in M. M. W. 1916 Nr. 47 von E. Friedberger mitgeteilte ausgezeichnete Verwendbarkeit von Farbstiften an Stelle von Farblösungen zur Färbung mikroskopischer Präparate, insbesondere Mikroorganismen (auch Spirochäten) bestätigt voll und ganz H. Lipp, ebenda 1917 Nr. 21. Er bezog die Farbstifte bei der Firma Paul Altmann in Berlin NW. 6, Luisenstr. 47. Die Farbstifte liefern tadellose Bilder, die den durch Farblösungen erzielten in nichts nachstehen. B.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEIL-ANSTALT PÜTZCHEN

FÜR NERVEN- UND GEMÜTS - KRANKE

:: GEGENÜBER ::
BONN A. RHEIN

BESITZER UND DIR. ARZT DR. A. PEIPERS :: TELEFON-ANSCHLUSS: AMT BONN NR. 229

KENNENBURG b. Eßlingen in Württemberg

HEILANSTALT für Nerven- und Gemütskranke beiderlei Geschlechts

Prospekte. Telefon: Eßlingen 197.
Besitzer u. leitender Arzt San.-Rat Dr. REINHOLD KRAUSS. 3 Ärzte.

WOLTORF (Braunschweig)

Privat-Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Fernsprecher Amt Peine 288.
Schöne ruhige Lage in waldreicher Umgebung. Großer Park. Elektrisches Licht. Zentralheizung. Zwei Verpflegsklassen. Aufnahme von Pensionären.

Leitender Arzt **Dr. Alber.**

Sanatorium Waldfrieden

Ziegenhals (Schles.)

für **Nervenkranke, Entziehungskuren** (Morph., Alc.). **Zweiganstalt mit mäßigen Preisen.** Psychotherapie, Anleitung zu gesundheitsfördernder Beschäftigung. Alle physikalischen Heilmittel. **Dr. Jirzik.**

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke

Bendorf bei Coblenz

Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht, Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern, Tennisplatz. 14 Morgen großer Park.

Chefarzt: Geheimrat Dr. Erlenmeyer. **1 bis 2 Hilfsärzte.**

Prospekte durch die Verwaltung.

Heilstätte „Waldfrieden" bei Fürstenwalde a. d. Spree.

Spezialanstalt für Alkoholkranke

des Berliner Bezirksvereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke.
Erste und größte Spezialanstalt mit offenen und geschlossenen Abteilungen (180 Betten) unter psychiatrischer Leitung (2 Ärzte).
Gute Gelegenheit auf dem 470 Morgen großen Grundstück zur Beschäftigungs-Therapie (Ausbildung in der Forst- u. Landwirtschaft, in der ausgedehnten Gärtnerei, Geflügel- u. Bienenzucht).

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Lesestoff für unsere Feldgrauen!

Jesu Persönlichkeit. Eine Charakterstudie. Zweite Auflage. Von Prof. Dr. Karl **Weidel.** Preis geheftet M. 2,00.

Wohlfahrt und Wiedergenesung der deutschen Rasse. Ein Vortrag von Geh. Med.-Rat Dr. G. Anton. Preis M. **0,60.**

Der Stammbaum der Seele. Mit 9 Abbildungen. Eine populärnaturwissenschaftliche Darstellung. Von Stabsarzt Dr. Lobedank. Preis geheftet **M. 1,50,** in Leinen gebunden **M. 2,50.**

Bismarck im Lichte der Naturwissenschaft. Eine sehr interessante Bismarck-Biographie. Von Dr. Georg Lomer. Preis geheftet M. **3,00,** in Leinen geb. M. **3,75.**

Vom Urtier zum Menschen. Die Entwicklungsgeschichte des Menschen gemeinverständlich dargestellt. Mit 13 Abbildungen und 14 Stammbäumen. Von Dr. Rud. Magnus. Preis geheftet M. **2,00,** in Leinen geb. M. **3,00.**

Narren und Toren in Satire, Sprichwort und Humor. Von Oberarzt Dr. O. Mönkemöller. II. Auflage. Preis geheftet M. **4,00.**



Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 21/22. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. Joh. Bresler,
Lüben (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 21/22. 18. August 1917/18.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die diagnostische Bedeutung von Pupillenstörungen bei Dementia praecox.*)

Von Dr. Adolf Fuchs, K. Anstaltsarzt an den Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren.

Im letzten Jahrzehnt beschäftigte sich eine große Reihe von Veröffentlichungen mit dem Vorkommen körperlicher Zeichen bei Geisteskrankheiten. Ein Gutteil der unter dieser Forschungsrichtung gefundenen Tatsachen nehmen die Pupillenstörungen ein. Und wenn Bumke[1]) fand, daß jedes lebhaftere geistige Geschehen, jede geistige Anstrengung, jeder Willensimpuls, jedes Anspannen der Aufmerksamkeit, jede lebhafte Vorstellung, jeder Affekt eine Änderung der Pupillenweite zur Folge hat, mag es nicht wundernehmen, wenn fernerhin der Beobachtung von Pupillenstörungen bei der Dementia praecox, bei der ja Willen und Gemütsleben vorwiegend geschädigt werden und das geistige Geschehen seine Lebhaftigkeit einbüßt, vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Damit soll natürlich nicht ausgedrückt werden, nur die Bewegungen der Pupillen würden von den einzelnen Forschern ins Auge gefaßt worden sein. Nein, schon vor Bumke und auch nach ihm fanden die Störungen der Pupillen bei der Dementia praecox Beachtung nach den verschiedensten Richtungen hin. Das heute in dieser Hinsicht vorliegende Material zu sichten und aus der Summe der Beobachtungen einzelner einen Schluß zu ziehen, welche Bedeutung den Pupillenstörungen für die Diagnose der Dementia praecox zukommt, sei der Zweck folgender Ausführungen.

Bezüglich der Pupillenweite sagt Kraepelin[2]), daß die Pupillen in den früheren Abschnitten der Dementia praecox und in den Erregungszuständen häufig auffallend weit sind und daß die Weite der Pupillen vielfachem Wechsel unterworfen zu sein scheint.

W. Fuchs[3]) hatte schon im Jahre 1899 bezw. 1900 auf eine exzessive Weite bezw. eine anfallsweise auftretende Mydriasis bei Dementia praecox aufmerksam gemacht.

Reichmann[4]) fand in 28⅓% über mittelweite Pupillen, die vielleicht auf die vorwiegend ängstliche Affektlage der Kranken zurückzuführen seien. Mag es nach Knapp[5]) bei der Verschiedenheit der Resultate mehrerer vorsichtiger Beobachter zweifelhaft erscheinen, ob dauernde Pupillenerweiterung bei der Dementia praecox die Regel bildet, so kann es andererseits keinem Zweifel unterliegen, daß vorübergehende auffallende Mydriasis nicht gar so selten vorkommt. Er beobachtete bei einem 16jährigen Hebephrenen mit lebhaften Angstanfällen eine auffallende Erweiterung der sonst normalen Pupillen. „Kann man in derartigen Fällen an die Möglichkeit denken, daß das Verhalten der Pupillen eine Folge der Angstvorstellungen darstellt, wenn auch z. B. bei klimakterischen Angstpsychosen eine solche stundenlang anhaltende Mydriasis nicht vorzukommen scheint, so gelangen andererseits Fälle zur Beobachtung, in denen eine hochgradige transitorische Überschreitung der physiologischen Pupillenweite ohne Angst- und Erregungszustände auftritt."

Daß es sich bei der Mydriasis nicht allein um Angstpupillen handeln kann, geht auch aus der Notiz Meyers[6]) hervor, nach der nur bei einem Fünftel seiner Patienten mit übermittelweiten Pupillen Angst als Ursache der abnormen Weite in Betracht ge-

*) Arbeit zur Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst.



zogen werden konnte, während bei der Mehrzahl seiner Fälle dieses ausgeschlossen werden konnte.

Meyer[7]) stellte bei 383 Kranken im ganzen 33 mal übermittelweite, zum Teil sehr weite Pupillen fest, wovon 16 normale, 17 träge Lichtreaktion zeigten. Nach seinen Beobachtungen sind vorübergehende Mydriasis und ein Wechsel der Pupillenweite nichts Seltenes, dagegen macht dauernde Pupillenweite nur einen Bruchteil der Fälle aus.

Ziemlich häufig konstatierte Hübner[8]) eine abnorme Weite der Pupillen, speziell bei den Katatonikern.

Auch nach Räcke[9]) ist es keine Frage, daß man oft merkwürdig weiten Pupillen begegnet, die bisweilen eine ganz merkwürdige Unbeständigkeit zeigen.

Unter 403 Kranken Zablockas[10]) hatten 39, darunter 18 Frauen und 21 Männer, auffallend weite Pupillen, also 10%.

Weiler[11]) fand bei künstlicher Beleuchtung als mittleren Wert der Pupillenweite 5,2 mm, während der Mittelwert für Kranke, die an Epilepsie, 6,1 mm, oder Dementia praecox litten, 5,5 mm betrug.

Nach Bumke[1]) beträgt der Mittelwert der Pupillenweite bei Dementia praecox 6,5 mm (bei einer Helligkeit von 7 Meterkerzen). Nur selten fand er einen Pupillendurchmesser von weniger als 5,5 mm und in 2 Fällen (von über 200) wurden 9 mm Durchmesser gemessen. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Pupillen bei der Dementia praecox durchschnittlich weiter als in der Norm sind, und daß sie in ihrer Weite ungewöhnlich rasch und oft wechseln. Einen Unterschied in der Pupillenweite zwischen den beiden Formen der Dementia praecox konnte er nicht feststellen (Bumke teilt seine Fälle in hebephrene und katatonische, denen er wenige Fälle der paranoischen Form der Dementia praecox zurechnet). Eine Messung der Pupillenweite durch Runge[12]) ergab, daß diese bei 80 Gesunden und Kranken, unter denen sich Manische, Melancholische, Neurastheniker, Alkoholisten, Epileptiker, Hysterische befanden, bei Beleuchtung von 9 Meterkerzen durchschnittlich 4,99 mm, bei Tageslicht 3,5 mm, dagegen bei den sämtlichen 83 Kranken der Katatoniegruppe bei 9 Meterkerzen 5,4 mm, bei Tageslicht 3,2 mm betrug. Am weitesten von dieser Gruppe waren die Pupillen bei den Hebephrenen, nämlich durchschnittlich 6 mm, am engsten bei den Katatonikern im engeren Sinne, nämlich 5,3 mm. Auch Runge betont, daß die abnorme Weite der Pupillen bei Dementia praecox nicht immer durch Angstzustände oder Spannungszustände begründet war. Die Beobachtung Runges, daß die Pupillen der Kranken der Katatoniegruppe bei Tageslicht ebenso weit, eher noch etwas enger sind als die Pupillen von Gesunden, stimmt überein mit dem Resultate Wassermeyers[13]), der bei 39 Kranken der Dementia-praecox-Gruppe höhere Werte der Pupillenweite als bei Gesunden nicht finden konnte. Er gibt die mittlere Weite bei Tageslicht zwischen 3,0 und 3,5 an, wiederum in Übereinstimmung mit Runge.

Breiger[14]) sah bei 85 Kranken der Dementia-praecox-Gruppe achtmal Pupillen von auffallender Weite.

Über auffallend enge Pupillen finden sich in der Literatur nur wenig Angaben. Zablocka[10]) fand auffallende Enge bei 17 von 403 Fällen, Pförtner[15]) sah bei Untersuchung im Dunkelzimmer mit bloßem Auge häufig auffallend enge Pupillen bei Katatonikern, Meyer[16]) konnte stärkere Miosis nicht einmal in 1% seiner Fälle nachweisen.

Bezüglich der Beurteilung des diagnostischen Wertes der Pupillenweite sei es gestattet, auf die Ausführungen Bumkes[1]) hinzuweisen, der schreibt: „Innerhalb gewisser Grenzen des Beleuchtungsgrades, die Schirmer auf 100 und 1100 Meterkerzen feststellte, bleibt bei der absoluten Konstanz der einmal vorhandenen Beleuchtung die Pupillenweite bei all diesen Helligkeiten gleich, wenn nur das Auge an sie gewöhnt ist, die Netzhaut für sie adaptiert ist. Die individuellen Grenzen dieser physiologischen Pupillenweite hat Silberkuhn auf 2¾ und 4¾ mm bestimmt. Ich selbst habe über die Pupillenweite bei Geistesgesunden keine genügend große Erfahrung, kann dagegen auf Grund sehr zahlreicher Beobachtungen, die ich, Schirmers Vorschriften folgend, an dem Material der Freiburger psychiatrischen Klinik gemacht habe, feststellen, daß bei Geisteskranken und Nervösen die Durchschnittswerte doch etwas größer sind und zwischen 3½ und 6 mm schwanken, so daß also die Tatsache eines Pupillendurchmessers von mehr als 4¾ mm an sich bei Nervenkranken einen speziellen diagnostischen Hinweis nicht enthält."

Aschaffenburg[17]) sagt über das Vorkommen weiter Pupillen: „Bei der Dementia praecox, der Hysterie und der Epilepsie überwiegen die weiten Pupillen. Besonders oft zeigen psychopathische Personen erstaunlich weite und in der Regel sehr ausgiebig reagierende Pupillen.

Reichmann[4]) untersuchte 81 psychisch Gesunde und fand bei 20 übermittelweite Pupillen. Auffallend schnellen Wechsel zwischen Weite und



Enge sowie auffallende Weite der Pupillen erwähnt Beard[18]) bei Neurasthenikern.

All das zusammengefaßt, läßt sich sagen: Bei an Dementia praecox Erkrankten werden — auch unter Abrechnung der „Angstpupillen" — häufig (etwa 10%) weite Pupillen beobachtet; der Durchschnittswert der Pupillenweite ist für Dementia praecox gegenüber der Norm ein höherer. Übermittelweite Pupillen werden aber auch bei anderen Geisteskrankheiten, bei Hysterie und Epilepsie wie auch bei psychopathischen Personen und Nervösen gefunden. Eine diagnostische Bedeutung kommt demnach der weiten Pupille nicht zu.

Ebensowenig hat die Miosis für Dementia praecox einen diagnostischen Wert. Nach der mir zugänglichen Literatur wurde sie nur selten beobachtet, und bei diesen Beobachtungen fehlen noch dazu die Angaben, ob eine stärkere Einwirkung von Brom, Opium und Morphium einerseits oder Alkohol und Tabak andererseits ausgeschlossen werden kann.

Weitere Beachtung fand die Pupillendifferenz.

Emma Zablocka[10]) fand unter 403 Dementia-praecox-Fällen 40 mal eine Pupillendifferenz, wovon 15 Männer und 25 Frauen betrafen. Der Prozentsatz berechnet sich auf 10%.

Meyer[7]) sah Pupillendifferenz 48 mal bei 363 Kranken mit Dementia praecox, also in 13,2%. Er mißt der Pupillendifferenz keine besondere Bedeutung zu, da sie auch geringen Grades bei Gesunden und bei anderen nervösen und psychischen Störungen häufig gefunden werde.

Räcke[9]) berichtet, daß unter 200 Kranken der Kieler Klinik in 36 Fällen Differenz oder Entrundung der Pupillen notiert war. Auch Kraepelin[2]) schreibt, daß man hier und da deutliche, aber wechselnde Pupillendifferenz beobachte. Die Feststellung von dem Vorkommen der Pupillendifferenz ist noch bei verschiedenen anderen Autoren anzutreffen, so bei W. Fuchs[3]), Reichmann[4]), Hübner[8]), Blin[19]). Bumke[1]) sah eine Anisokorie nur selten, und eine stärkere Differenz zwischen rechts und links (über 2 mm) konnte er unter 200 Kranken nur dreimal feststellen. Er sagt: „Die Pupillendifferenz an sich, auch wenn sie mehr als 1 bis 2 mm beträgt — und nur dann ist sie überhaupt als pathologisch anzusehen — ist diagnostisch nicht verwertbar." Nach Runge[12]) ist eine Ungleichheit der Pupillen nur selten. Auch er hält die Anisokorie bei der Dementia praecox für bedeutungslos, indem er daran erinnert, daß diese von Räcke[20]) bei 1% der Gesunden gefunden wurde und von Bach[21]) bei 7300 Patienten der Augenklinik in 2,6%, bei denen sich allerdings meist organische Störungen herausstellten, nur in 0,5% war eine Entwicklungsstörung der Iris anzunehmen. Zu betonen ist noch, worauf Michel[22]) besonders hinweist, daß die Anisokorie bei der Dementia praecox keine dauernde zu sein braucht, daß sie vielmehr sowohl in ihrem Grade wechseln kann als auch daß bald die rechte, bald die linke Pupille die weitere sein kann. In wenigen Stunden kann sich eine solche Umkehr vollziehen, ja W. Fuchs[3]) spricht sogar von einer „springenden Differenz der Sehlöcher". Über die diagnostische Verwertbarkeit der Anisokorie schreibt Aschaffenburg[17]): „Verschiedenheiten in der Weite der Pupillen (Anisokorie) kommen auch bei Gesunden vor und sind meist ein Zeichen psychopathischer Prädisposition. Die Reaktion ist dabei aber durchweg sehr ausgiebig und prompt; die Weite wechselt oft von Minute zu Minute."

Man muß demnach Bumke[2]) zustimmen, wenn er der Pupillendifferenz an sich die diagnostische Verwertbarkeit abstreitet.

Bezüglich der Veränderung von Form und Lage der Pupillen finden sich folgende Angaben: Nach Bumke[23]) gelangen ovale, tropfen- und strichförmige Pupillen zur Beobachtung, sowie ein Auftreten dieser Pupillenformen bei nur einem Auge.

Nach Piltz[24]) finden sich bei Katatonie vorübergehende bezw. wechselnde oder springende Unregelmäßigkeiten des Pupillenrandes.

Reichmann[4]) sah unter 149 Fällen 47 mal mehr oder minder entrundete Pupillen. Sie konnte aber auch bei 81 psychisch Gesunden 15 mal mehr oder minder ein- oder beiderseitig entrundete Pupillen konstatieren. Aschaffenburg[17]) schreibt, daß Formveränderungen der Pupillen, obwohl sie sich auch sonst häufig finden, nicht selten späteren Reaktionsveränderungen vorangehen. Und in der Tat finden wir bei der Dementia-praecox-Gruppe veränderte Pupillenformen mit veränderter Lichtreaktion, ein Befund über den weiter unten zu sprechen sein wird.

Auch eine exzentrische Lage der Pupillen wird verschiedentlich erwähnt, so bei Zablocka[10]), welche sie unter ihren 403 Fällen viermal sah, bei Reichmann[4]), die aber auch bei 81 Gesunden 11 exzentrisch stehende Pupillen fand. Störungen der Pupillenform kommen am häufigsten bei Tabes, Paralyse und Syphilis, seltener bei anderen Nerven- und Geisteskrankheiten vor [Bumke[1])]. Exzentrische Pupillen sind häufig angeboren.

Auch diese Art (Form und Lage)

der Pupillenstörungen gewinnt somit keinen Einfluß für die Diagnose der Dementia praecox.

Die Frage über Vorkommen und diagnostische Bedeutung der isolierten reflektorischen Pupillenstarre erörtern die folgenden Angaben.

1899 berichtete als erster W. Fuchs[25]) über das Vorkommen „vorübergehender Lichtstarre" bei Dementia praecox, 1900 sprach er von einer „reflektorischen Pupillenstarre" als gelegentlich gemeinsames Symptom von Dementia paralytica und Dementia praecox.[26]) Erst im Jahre 1910 machte er darauf aufmerksam[27]), daß bei seinen Ausführungen nicht nur Lichtstarre zu verstehen sei. Es scheint demnach Fuchs, wie Bumke[1]) schreibt, die „katatonische (absolute) Pupillenstarre" gemeint zu haben, welche in wissenschaftlich brauchbarer Form zuerst A. Westphal beobachtet und beschrieben hat.

1906 berichtet Blin[19]) in der Revue neurologique, daß er bei der Dementia praecox in 13,8% seiner 87 Fälle echte reflektorische Pupillenstarre habe nachweisen können.

Dide und Assicot[28]) fanden einen dauernden Verlust des Lichtreflexes nur ein einzigesmal, öfters dagegen zeitweisen Verlust desselben.

Tyson und Clark[29]) wollen gleichfalls häufig das Fehlen des Lichtreflexes gesehen haben. Niemals konnten das isolierte Fehlen des Lichtreflexes bei der Dementia praecox nachweisen: Kraepelin, Bumke, Weiler, Hübner, Runge, Reichmann, Zablocka und andere. Auch Westphal[30]) sah bei Dementia praecox niemals eine reflektorische Pupillenstarre. Er schreibt bezüglich der Befunde Blins: „In jedem einzelnen dieser Fälle wird sich die Frage aufwerfen, liegt hier eine zufällige Komplikation einer Dementia praecox mit einer früheren Lues cerebri vor oder ist der katatone Symptomenkomplex nur als ein Zustandsbild im Verlauf der Gehirnsyphilis aufzufassen? Diese Fragen müssen nach jeder Richtung klar gelegt sein, ehe die Möglichkeit eines direkten Zusammenhangs der reflektorischen Pupillenstarre als eine Erscheinung der Dementia praecox diskutiert werden darf." Auch nach Bumke[1]) kann es sich bei den Fällen von Blin, Dide und Assicot usw. nicht um unkomplizierte Fälle von Dementia praecox handeln, vielmehr um katatonische Zustandsbilder bei Syphilitischen oder um sonstige Fehldiagnosen, zumal da auch die französischen Autoren den Sammelnamen Dementia praecox für eine nach anderen Gesichtspunkten geordnete Gruppe von Geisteskrankheiten zur Anwendung bringen, als die deutschen Psychiater dies nach dem Vorgange Kraepelins zu tun gewohnt sind.

Besonders aber erhellt aus den Forschungen Weilers[31]), die in den Sätzen gipfeln: „Ohne luetische Erkrankung gibt es äußerst selten, wahrscheinlich überhaupt nie eine reflektorische Starre" und „Eine dauernde isolierte reflektorische Starre kommt nur bei Tabes, Paralyse und angeborener oder erworbener Syphilis vor und ist auch in letzterem Falle wohl meist als ein Frühsymptom einer Tabes oder Paralyse aufzufassen", daß der isolierten reflektorischen Pupillenstarre für die Diagnose der Dementia praecox keinerlei Bedeutung zukommt. (Fortsetzung folgt.)

Genickstarre (Meningitis cerebrospinalis).

Bericht über einige neuere Arbeiten,

Von San.-Rat Dr. **J. Bresler.**

E. Flatau und J. Handelsman (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1916, XXXI, H. 1 bis 3) injizierten 72 Hunden intralumbal Staphylokokken, Streptokokken, Weichselbaumsche Meningokokken und Fränkelsche Pneumokokken. Erstere beiden Arten bewirkten keine wesentlichen pathologischen Veränderungen, Meningokokken außer Veränderungen des Liquors nur geringe Entzündung an Gehirn- und Rückenmarkshäuten und fast gar keine Symptome, Pneumokokken dagegen ausgesprochene Meningitis von bald plötzlichem, bald mehr subakutem letalen Verlauf, bald von mehr chronischem, jedoch auch zum Tode führenden.

Einige der Tiere genasen. Die Pneumokokken waren schon eine Stunde nach der Injektion im Gehirn und Rückenmark nachweisbar. Neben den Infiltrationen der Gehirn- und Rückenmarkhäute fanden sich in Rinde und Rückenmark diffuse Infiltrationen und lokalisierte Abszesse, in letzterem auch Zentralkanalabszesse. Antipneumokokkenserum, drei- bis sechsmal zu 100 Einheiten recht-



zeitig eingespritzt, bewirkte Heilung, Urotropin, intralumbal und subkutan, war erfolglos, prophylaktisch per os anscheinend von einiger Wirkung.

Über Milchsäureausscheidung bei Meningitis cerebrospinalis mit Berücksichtigung des Mineralstoffwechsels. Von E. Lindner und W. v. Moraczewski. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 31. Die bedeutende Abmagerung im Verlauf der Meningitis cerebrospinalis war Anlaß, über die Ausscheidungsverhältnisse näheres zu erfahren, besonders die Milchsäureausscheidung (G. Embden, W. Griesbach, E. Schmitz, Über Milchsäureausbildung und Phosphorsäureausbildung im Muskelpreßsaft. Ztschr. f. phys. Chem. 93, S. 1 bis 144). Die Verff. bestimmten bei zwei Kranken mit besonders starker Abmagerung diejenigen Harnbestandteile, die mit der Muskelzersetzung in Zusammenhang gebracht werden dürfen, nämlich — außer der Milchsäure — Schwefelsäure, Phosphorsäure, Kalzium, Magnesium, Gesamtstickstoff, Ammoniak, Aminosäuren, Purine, Kreatinin. Entschieden spezifisch erschien die Milchsäureausscheidung; sie war hier höher als in vergleichenden Untersuchungen bei Diabetes mellitus, fiebernder Tuberkulose, Fleckfieber mit sehr hoher Temperatur und bei normalem Harn von mit Milch genährten Menschen. Es bleibt dahingestellt, ob die Milchsäure aus dem Leberglykogen oder dem Laktazidon Embdens stammt. Hinsichtlich der Mineralbestandteile ergab sich nichts Spezifisches.

Benda (B. kl. W. 1916 Nr. 17) hat in einem Fall von schwerer fieberhafter Erkrankung mit ausgebreitetem petechialem Exanthem, das Umber für die noch wenig bekannte Komplikation der epidemischen Genickstarre ansah, die Diagnose durch Sektion und bakteriologische Untersuchung bestätigt. Untersuchung mit schwacher Vergrößerung zeigte in der Nachbarschaft der Petechien außerordentliche Füllung der Hautgefäße bis in die Papillen, genaue Untersuchung von Schnittserien innerhalb jeder Blutung einen kleineren oder größeren Entzündungsherd, vorwiegend aus polynukleären Leukozythen zusammengesetzt; in einem Fall an vielen Stellen in den Arterienästchen innerhalb der Herde gram-negative Kokken, die sich durch ihre häufig intrazelluläre Lagerung, durch Bildung von Vierergruppen und dadurch, daß sie eine weniger dichte Stellung als Staphylokokken zeigten, mit größter Wahrscheinlichkeit als Meningokokken diagnostizieren lassen. Blutkultur erwies das Fehlen anderer Eitererreger, die Züchtung der Meningokokken gelang nicht. An einzelnen Stellen lagen kokkenhaltige Zellen auch außerhalb des Gefäßes. In Blutungen an Zungengrund und Luftröhre wurden ebenfalls häufig Entzündungsherde und intravaskulär gelagerte Meningokokken nachgewiesen. Die Petechien sind also durch Metastasierungen der Meningokokken entstanden, nicht durch toxische Blutungen.

Fleckweise Destruktionsprozesse in einem Fall epidemischer Zerebrospinalmeningitis beschreibt O. Sittig (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1916, XXXIII, H. 3/4): Fleckweise, unregelmäßige Ganglienzellenausfälle in den obersten Zellschichten der linken Schläfenhirnrinde (die Oberfläche der Rinde erschien schon bei schwacher Vergrößerung fleckig) und diesen Flecken entsprechend Körnchenzellenherde und Markausfall, Gefäßentzündung fehlte.

Hämorrhagische Hautausschläge beobachtete J. Schwenke (D. m. W. 1916 Nr. 11) bei drei Fällen (Kindern) epidemischer Zerebrospinalmeningitis, ähnlich den bei septischer Allgemeininfektion. Antimeningokokkenserum hatte in zwei der Fälle Erfolg. H. Silbergleit und K. v. Angerer (D. m. W. 1916 Nr. 1) berichten vom Nachweis septischer Mischinfektion. L. Pick (D. M. W. 1916 Nr. 33) wies bei zwei Fällen in den kleinsten Arterien und den Kapillaren der Petechien sowie in ihrer Umgebung Meningokokken nach. H. Morgenstern (D. m. W. 1915 Nr. 46) sah Petechien bis Pfennigstückgröße, G. Scherber (Dermatolog. Zeitschr. 1915 Nr. 9) neben Pemphigus- und Erythema-nodosum-artigen Ausschlägen Herpes zoster (auch gangraenosus), initiale roseolenartige Flecken. Alle Beobachter weisen auf die häufige Ähnlichkeit mit dem Fleckfieberausschlag hin.

Svestkas (W. kl. W. 1915 Nr. 48) Fall, bei dem im Herzblut Meningokokken nachgewiesen wurden, bot keine Kopfschmerzen, und nur eben wahrnehmbare Nackenstarre und Kernigs Symptom, er verlief nach 61 Tagen unter septischem Fieber tödlich.

Salus (W. kl. W. 1915 Nr. 44 und 1916 Nr. 36) fand, daß der negative Ausfall der Hämolysinreaktion (Weil-Kafkasche Reaktion) fast mit Sicherheit gegen Meningitis spricht; bei tuberkulöser Meningitis scheint sie jedoch in seltenen Fällen ebenfalls negativ zu sein (2 negative unter 35 Fällen). Die Reaktion tritt, wo für sie die Bedingungen gegeben sind, sehr frühzeitig auf.

E. Fränkel (D. m. W. 1915 Nr. 36) weist Meningokokken im Liquor nach, indem er zentrifugiertes Lumbalpunktat mit Aszitesagarbouillon mischt und 12 bis 24 Stunden lang im Brutschrank bei 37° zu Wachstum und Vermehrung bringt und



dann die Kokken inner- und außerhalb der Zellen mit Methylenblau und nach Gram färbt.

v. Brudzinski (B. kl. W. 1916 Nr. 25) beschreibt bei Kindern als Wangenzeichen ein bei Druck auf die Wangen unter dem Jochbeinreflektorisch, nicht als Abwehrbewegung, auftretendes rasches Heben der Arme und Beugen der Ellenbogen. Es scheint besonders häufig bei tuberkulöser Reizung der Hirnhäute vorzukommen, und zwar manchmal früher als andere reflektorische Symptome; unter fünf Fällen von Meningitis cerebrospinalis jedoch beobachtete es v. B. nur einmal. Es darf allgemein als Zeichen von Hirnhautreizung, aber auch von Erhöhung des Liquordrucks gelten; eine Meningitis braucht nicht immer vorzuliegen. In einigen Fällen verschwand das Wangenzeichen nach Lumbalpunktion. Bei dem Schamfugenzeichen handelt es sich um rasche Kontraktion der Beine in Hüfte und Knie und gleichzeitige Abduktion bei Druck auf die Schamfuge mit Daumen und Zeigefinger. Mit Vorkommen und Deutung dieses Zeichens verhält es sich ähnlich wie mit dem Wangenzeichen. Nackenzeichen nennt v. Brudzinski (B. kl. W. 1916 Nr. 33) die von ihm bei meningitischen Kindern beobachtete, durch passives Beugen des Kopfes nach vorn auftretende Beugung der Beine in Hüfte und Knie und gleichzeitige Abduktion, sowie Beugung der Arme im Ellbogen und gleichzeitige Hebung. Nicht in allen Fällen ist es bei Druck auf Arme und Beine („Nackenzeichen I" und „Nackenzeichen II") gleichzeitig vorhanden; bei tuberkulöser Hirnhautentzündung fand sich Nacken- und Wangenzeichen nebeneinander.

Daß vorangegangener anscheinend harmloser Sturz auf den Kopf bei der nach einiger Zeit auftretenden Meningitis die Entstehung der Meningitis durch den Meningococcus intracellularis Weichselbaum nicht ausschließt, lehrt der Fall von Hryntschak (W. m. W. 1915 Nr. 42), wo der Kokkus nachgewiesen wurde; die Meningitis trat drei Wochen nach dem Sturz auf und verlief schnell tödlich.

Nach F. Goebel und O. Heß (M. m. W. 1915 Nr. 48) geht die Infektion meist von der Rachenmandel, nicht so häufig von der Gaumenmandel aus, die entzündet sind und charakteristischen schmierig-grünen Belag zeigen. Sie beobachteten (unter 21 Fällen) fünfmal Herpes (der nach Jochmann in 70% der Fälle auftritt) und auch nur zweimal Hauthyperästhesie. In allen Fällen war Kopfschmerz vorhanden; Nackensteifheit und Kernigs Symptom fehlte nur in einem Falle. Zwei Kranke waren bei Kopfschmerz und Augenmuskellähmung stark euphorisch. Es kamen ferner vereinzelt vor klonische Krämpfe, Nystagmus, Lähmung des Okulomotorius, Abduzens, Fazialis und Akustikus, multiple Gelenkschwellungen. In einem tödlich verlaufenen Fall, der schwere Gehirnsymptome gehabt hatte, fand sich am Gehirn keine erhebliche Veränderung, welche diese Symptome hinreichend erklären konnte, dagegen Veränderungen am Rückenmark. Behandlung: Energische Freiluftkur, am Tage im Freien, nachts bei offenem Fenster. Nach Entleerung größerer Mengen Liquors mittels Lumbalpunktion wurde Meningokokkenserum (Firma E. Merck, Darmstadt) injiziert, worauf das Fieber abfiel, das Bewußtsein sich aufhellte, der Liquor klar wurde, die Meningokokken schwanden. Auch wurde das Serum gegurgelt und in die Nase eingeflößt.

Abortive Formen beschreiben H. Hochhaus (D. m. W. 1915 Nr. 40), H. Schlesinger (Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. in Wien 1915 Nr. 8 und D. m. W. 1916 Nr. 18). Hochhaus erwähnt die ambulanten Fälle, die nicht einmal ihre Beschäftigung zu unterbrechen brauchen, dabei selbstverständlich Verbreiter der Krankheit sein können, andererseits zur Fahndung nach bereits vorher in der Umgebung stattgehabten Erkrankungen Anlaß geben müssen. Leichte Anginen, Rheumatismen und Bronchialkatarrh mit Hirnsymptomen erfordern Nachforschung nach Meningitis cerebrospinalis in der Umgebung, am besten durch Untersuchung des Nasensekrets, nötigenfalls des Liquor cerebrospinalis (hier Druckerhöhung, vermehrter Eiweißgehalt, besonders aber Meningokokken), zumal die charakteristischen klinischen Symptome manchmal sehr schnell in den Hintergrund treten. H. Schlesinger beschreibt (1915) einen sehr leicht verlaufenen Fall mit Magendarmstörungen, geringem Fieber, Herpes, Kernig, geringer Nackensteife und wenig Kopfschmerz; durch Nachweis von Meningokokken in den Zellen des Liquor cerebrospinalis wurde die Diagnose gesichert; und versucht (1916) eine Einteilung der atypischen Fälle nach überwiegend gastrointestinalen (mit zerebralen Symptomen und ohne solche) und nach psychischen Symptomen, die bis zur akuten halluzinatorischen Verwirrtheit ausgeprägt sein und solche vortäuschen können, wenn Kernigs Symptom, relative Tachykardie fehlen. Letztere kann als Zeichen nicht gänzlich abgelaufener Krankheit weit bis in die Rekonvaleszenz reichen.

Bei N. Rosenbaums (Med. Klin. 1915 Nr. 52) Fall fehlten fast bis zu dem schon nach zwei Tagen eintretenden Tod meningitische Symptome und Fieber. Positive Trommersche und Ger-



hardtsche Reaktion des Urins hatten Coma diabeticum vermuten lassen.

Vier mit akutem Gelenkrheumatismus komplizierte Fälle von Meningitis sah Herzog (D. m. W. 1916 Nr. 14). Heilung durch salizylsaures Natron, 6 g pro die.

Chronische Myelitis als Folge von Meningokokken-Zerebrospinalmeningitis beschreibt W. Sterling (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1916, XXXIV, H. 1/2); in dem einen Fall trat sie 2½, im anderen 3 Monate nach der Meningitis auf, in beiden als schwere Querschnittsmyelitis; in dem einen Fall waren außerdem psychomotorische Erregung, Echolalie, Unorientiertheit, Amnesie, läppisches Benehmen, Stimmungswechsel vorhanden.

In einem von Binswanger (D. m. W. 1916 Nr. 17) behandelten Fall ging der im 5. Lebensjahr an Hirnhautentzündung erkrankt gewesene 26 jährige Patient nach dreiwöchiger Krankheit an akutem Delirium zugrunde. Bei der Obduktion fanden sich noch die Reste der Konvexitätsmeningitis.

O. Götz und F. Hanfland (D. m. W. 1916 Nr. 42) durchspülten bei 61 Fällen den Lumbalsack nach vorheriger Entleerung des eitrigen Inhalts mit 30 bis 70 ccm steriler warmer physiologischer Kochsalz- oder mit Ringerscher Lösung, zwei- bis dreimal; nachdem der Liquordruck wieder 100 mm erreicht, wurde Meningokokkenserum injiziert. 15 Fälle starben. In mehreren Fällen traten Folgezustände ein, wie Taubheit, Neuritis der Papillen, Lymphozytose im Liquor und Drucksteigerung desselben, Pulsbeschleunigung. Es wurden mit Erfolg etwa alle 14 Tage Lumbalpunktionen gemacht und Urotropin gegeben.

In 2 Fällen wurden die Gehirnventrikel punktiert und Meningokokkenserum in dieselben injiziert, worauf schnell Besserung eintrat. F. Riedel (M. m. W. 1916 Nr. 50) sah Erfolg lediglich von täglichem Ablassen großer Mengen Liquor, bis der Druck normal ist, und gleichzeitiger Verordnung von Urotropin. M. Kurák (Med. Klin. 1915 Nr. 38) hatte bei 13 mit großen Dosen Serum — drei- bis viermal hintereinander je 80 ccm, davon 40 ccm intramuskulär, 40 ccm intralumbal — sofort bei den ersten klinischen Zeichen behandelten Kranken 11 Heilungen, 2 Todesfälle.

Epizerebrale und intrakamerale Seruminjektionen machte K. Lewkowicz (W. kl. W. 1916 Nr. 7 und 8), bei letzteren 40 bis 80 ccm auf einmal oder wiederholt täglich 10 bis 20 cmm. Die Erfolge waren sehr günstig. Die epizerebrale Injektion ist nicht ohne Gefahr für das Gehirn. Stefanowicz (ebenda 1915 Nr. 48) sah in einem Falle von Mercks Meningokokkenserum (20 ccm intralumbal) schnelle Heilung, in einem zweiten neben Mercks Serum auf Anregung von Raubitschek von Injektion von 10 ccm Liquor des Patienten. Der Liquor wird durch dreistündiges Stehenlassen in der Sonne sterilisiert. Anwendung des vom Kranken selbst entnommenen Serums empfiehlt auch H. Mühsam (B. kl. W. 1916 Nr. 48) neben häufiger reichlicher Lumbalpunktion.

In der Sitzung der Vereinigten ärztlichen Gesellschaften zu Berlin vom 3. Mai 1916 teilte H. Mühsam mit, daß er bei Genickstarre wie bei anderen Meningitiden durch ausgiebige Entleerung mittels Lumbalpunktion gute Erfolge erzielt habe und die Sterblichkeit von 50% bei der Serumbehandlung auf 5% gesunken sei. Es wurde täglich punktiert und bis 100 ccm Exsudat entleert. Schädigungen der Patienten kamen nicht vor. In der Diskussion rieten einige Redner von diesem Verfahren ab (Gefahr von Blutungen über das ganze Gehirn); einige berichteten über günstige Resultate mit Optochin, Morgenroth über neue Versuche mit Chininderivaten (D. m. W. 1916 S. 681).

J. Bamberger (M. m. W. 1916 Nr. 12) sah in einem Falle von zweimaliger intravenöser Injektion von 1,0 ccm 0,1%iger Milchsäurelösung schnelle Wirkung. Nach intralumbaler Optochininjektion sah Landsberger (W. m. W. 1916 Nr. 45) vorübergehende Blasenlähmungen, Friedemann (B. kl. W. 1916 Nr. 16) in einem Fall eine Viertelstunde nach der Injektion Tod durch Atemlähmung. Die übrigen acht Fälle verliefen in Heilung. Nach der Injektion treten zuweilen heftige Schmerzen in Rücken und Beinen auf. Friedemann benutzt deshalb eine 2‰ige Lösung, wovon 20 ccm injiziert werden (nach vorheriger Entleerung von 20 ccm Liquor); Wiederholung der Injektion soll erst bei erneuten Hirndrucksymptomen erfolgen.

Coglievina (W. kl. W. 1916 Nr. 36) heilte zwei Fälle durch intralumbale Injektion von Dispargen, 5 ccm. G. Wolff (D. m. W. 1915 Nr. 50) injiziert nach Entleerung von 40 bis 50 und mehr Kubikzentimeter Liquor und nach Lumbalanästhesie mit Tropakokain (0,05 : 100,5 ccm) 10 ccm sterilisierter Protargollösung 0,2 : 100,0, zweimal oder öfter.

M. Westenhöfer und R. Mühsam (D. m. W. 1916 Nr. 57) versuchten die Okzipitalinzision und Unterhornpunktion und -dränage.

Aus sehr reicher Erfahrung gibt H. Higier (Warschau) einen Beitrag „zur Symptomatologie und Prognose der selteneren Formen epidemischer zerebrospinaler Meningitis"



(Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1917 Bd. 35 H. 4). Die Genickstarre scheint sich vorzugsweise im Winter zu häufen. Gehäuftes Vorkommen in einem Hause, Familienepidemien waren sehr selten, Schulepidemien kamen nicht vor; desgleichen nie zweitmaliges Erkranken. In der großen Mehrzahl waren es Kinder — auffallend oft Brustkinder —, die erkrankten, doch kam Genickstarre selbst bei Greisen vor. Diese Brustkinder standen in keiner Beziehung zu schon erkrankten Familien. Die Krankheit beginnt meist stürmisch mit hoher Temperatur, die gewöhnlich in den Morgenstunden niedrig ist. Zweimal beobachtete er Typus inversus mit Abfall in den Abendstunden. Die anfänglich hohe Kontinua geht meist in einen unregelmäßig remittierenden, seltener intermittierenden Typus über, der von Fiebermitteln und Lumbalpunktionen unabhängig ist. Pyämischer Typus — bei günstig verlaufenden Formen — ist nicht selten; dabei Attacken von Fieberschüben mit Schüttelfrösten neben fieberfreien Pausen. Auch der pseudomalarische Tertiantypus (Leyden-Goldscheider) kam vor. Bei zwei älteren Männern kam apoplektiformer Beginn vor mit normaler Temperatur, starker Pulsbeschleunigung, getrübtem Sensorium, bei einem älteren Patienten ziemlich schleichender Beginn mit niederer Temperatur. Bei Beginn mit hohem Fieber und mehrtägiger schwerer Benommenheit endet die Krankheit, unabhängig vom Alter des Kranken, meist tödlich. Die maligne Form beobachtete Higier in drei bakteriologisch konstatierten Fällen des Jünglingsalters: Schüttelfrost, Erbrechen, Delirien, Kopfschmerzen, Opisthotonus, Tod bei 40° am Ende der ersten oder zweiten 24 Stunden, 2 bis 3 Stunden nach und unabhängig von der ausgeführten Lumbalpunktion. Higier sah auch besonders bei älteren Patienten schweren, fieberlosen Verlauf, selbst subnormale Temperaturen; so eine 40 jährige Frau, die wochenlang bei 35,5° C in Kollaps lag; Fälle, die ohne Lumbalpunktion schwer von progredienter Thrombose zu unterscheiden sind; die enorme Empfindlichkeit bei passiven Bewegungen kommt bei den schwer benommenen Kranken als zuverlässiges Symptom nicht zu Hilfe. Nicht selten tritt Fieber erst ein, wenn sich subjektive Besserung einstellt. Einige Male kam es vor, daß sich bei fast vollkommen genesenen und beschwerdefreien jungen Patienten Fieber — bis 40° —, heftige Kopfschmerzen und Besinnungslosigkeit einstellte und in 24 Stunden der Tod erfolgte, wahrscheinlich infolge Hydrocephalus internus. Die Temperatur orientiert nicht immer über die Natur, selten über den Verlauf der Genickstarre; stürmische Fälle mit höherer Temperatur und tiefanhaltendem Koma sind prognostisch durchaus ungünstig; solange Fieber vorhanden, ist tödlicher Rückfall nicht ausgeschlossen; exzessiver plötzlicher Temperaturanstieg geht gelegentlich dem Tod vorauf.

Häufig ist im Anfang Erbrechen und heftige Kreuzschmerzen. Schnupfen oder Angina waren als vorausgehende Symptome nicht auffallend häufig, dagegen Rötung der hinteren Pharynxwand, auch bei der Meningitis im heißen Sommer. Lymphatische Konstitution war nicht bemerkenswert häufig festzustellen. Herpes war bei älteren Patienten häufig, bei Kindern seltener, bei Säuglingen nie vorhanden. Außerdem kommt ein der typhösen Roseola ähnlicher Ausschlag vor, ferner „Petechien, die bei akutem Beginn, solange Nackenstarre fehlt, die Unterscheidung vom Flecktyphus tagelang unmöglich machen, speziell beim Warschauer Proletariat, wo Exanthematikus zur Tagesordnung gehört. Die Multiplizität der Fälle im selben Haus entscheidet meist für Flecktyphus. Selbst gediegene Kenner des Fleckfieber werden bei der Obduktion rasch verlaufener Fälle von dem Befund einer Genickstarre überrascht (klinisch Roseolen und Petechien in typischer Verbreitung, plötzlicher Beginn mit Schüttelfrost, Kontinua, Pulsbeschleunigung, Status typhosus!). Das Frühexanthem schwindet meist in den ersten Tagen der Krankheit und hinterläßt zuweilen kleienförmige Abschuppung der Haut im Gegensatz zu den viel selteneren masern-, erysipel-, scharlach- und urtikariaähnlichen Exanthemen und Eruptionen in den späteren Wochen der Genickstarre. Die Exantheme gehören im allgemeinen nicht zur Regel bei der epidemischen Genickstarre. Pulsverlangsamung ist bei epidemischer Genickstarre nicht häufig, dagegen hat Higier Pulsbeschleunigung bis 150 in der Minute schon in den ersten Stadien der Krankheit beobachtet. Selbst wo Lumbalpunktion erhöhten Druck im Liquor cerebrospinalis ergab, fehlte Pulsverlangsamung. In der großen Mehrzahl der nicht typischen Fälle unterscneiden Pulsbeschleunigung, hohes Initialfieber und erhaltenes Bewußtsein die Genickstarre von der tuberkulösen Meningitis. Speziell beweisend ist die relative Tachykardie, d. h. Pulsbeschleunigung bei subfebriler Temperatur. Der Atemtypus zeigte nichts Beachtenswertes. Bei Tachypnoe handelte es sich um lobäre Pneumonie (Meningokokkus), Cheyne-Stokesscher Respirationstypus — bei Kindern nicht selten — ist nicht immer prognostisch ungünstig. Das Kernig-

sche Symptom ist bei Kindern seltener als bei Erwachsenen und schwindet gelegentlich nach Lumbalpunktion. Außerdem stehen die Brudzinskischen Reflexe und die Nackenstarre im Vordergrund. Das Kernigsche Symptom ist bei typhösen Kindern nicht seltener als bei genickstarren. Auf der Seite, wo es fehlt — was selten ist — findet man Parese oder Lähmung der Extremitäten. Selten ist halbseitige Nackenkontraktur, selten auch Beugekontraktur in den Ellbogengelenken, gleichzeitig mit dem Zusammenziehen der Beine. Das Kernigsche Symptom ist im Senium konstant, als Frühsymptom, gleichzeitig mit ausgesprochener Rigidität. Bei Kindern fehlte das Kernigsche Symptom fast in der Hälfte der Fälle, dagegen ist das sogen. Nackenphänomen bei ihnen fast konstant, bei Säuglingen ist es aber von keinem positiven diagnostischen Wert, weil hier die Flexionslage der Beine zuweilen habituell ist, der sogen. kontralaterale Reflex (mitbewegungsartige Flexion des Beines bei passiver Beugung des anderen) ist nicht regelmäßiger als das Kernigsche Symptom. Nackenstarre ist bei Greisen selten, bei Kindern und Säuglingen beinahe die Regel, und zwar hier manchmal in den Morgenstunden sehr deutlich, während sie abends schwindet. Nackenstarre kommt bei älteren Leuten auch bei den sogen. spontanen Subarachnoidealblutungen der Hirnarteriosklerose vor. Oppenheims Rückenphänomen (krampfhafte Einwärtsziehung der Wirbelsäule bei Beklopfen der hinteren Brust- und Lendenmuskeln) sah Higier mehrere Male, ferner vereinzelt Flexibilitas cerea im komatösen Zustand, einmal im späteren Stadium einer unter dem Bild einer katatonischen Psychose mit Fieber verlaufenden epidemischen Genickstarre. Im Mannesalter beginnen manche Fälle apoplektiform, mit profusem Erbrechen und zunehmender Bewußtseinstrübung, Eiweiß oder Zucker im Harn; erst die Nackenstarre brachte auf die richtige Diagnose. Urämie kann ähnlich wie Genickstarre verlaufen. Bei Kindern kann rachitische Eklampsie Genickstarre vortäuschen. Meningismus kann bei verschiedenen Infektionskrankheiten vorkommen. Außer Krämpfen und Kontrakturen wurde zweimal Chorea beobachtet, vermutlich als Folge begleitender Enzephalitis, ferner Lähmungen; einmal Hemiplegie mit intensivem Kopfschmerz und Verwirrtheit, erst die Punktion am vierten Tage des fieberlosen Verlaufes und die geringe Nackenstarre deckte die Zerebrospinalmeningitis auf bei der jungen, an Kniegelenktuberkulose leidenden Patientin. Augenmuskeln: Abduzenslähmung, basale Ptose, kortikale, konjugierte Deviation. Sehnenreflexe: meist gesteigert, nicht selten fehlen sie oder es bestehen Unterschiede zwischen beiden Seiten. Nach Lumbalpunktion kehrten die Reflexe wiederholt zurück. Aphasie selten; einmal im Beginn Stottern; es blieb anarthrische Bradylalie zurück. In einem Fall, wo nach Genickstarre diffuse, asymmetrische, schmerzlose Extremitätenlähmung mit Blasen-Mastdarmstörung auftrat, lag komplizierende Myelitis disseminata vor, in einem Fall von Augenmuskellähmung basale Enzephalitis. Das meningozerebellare Symptom (Förster) sah Higier einmal bei Genickstarre einer ältern Frau; dieser Fall wie ein anderer mit pseudobulbären Symptomen verlief günstig. Seltenere einleitende Symptome waren multiple Gelenkerkrankung, Erbrechen, Durchfall, Bronchitis, Pleuritis, Parotitis, Albuminurie, Harnverhaltung, Otitis media. Spätsymptome: Taubheit, Papillitis, Neuritis optica nebst der deszendierenden retrobulbären Varietät derselben, Neuroretinitis, Iridochorioiditis. Genickstarre kann auch mit einer Psychose beginnen: manisch-depressive Zustände, Korsakoffscher amnestischer Symptomenkomplex, typische Katatonie mit wachsartiger Flexibilität der Glieder, Negativismus und theatralischem Wesen; ferner Delirium, akute Halluzinose (Gehörshalluzinationen). Selten sind postmeningitische Psychosen, bei Kindern Imbezillität. — Bei einem rezidivierenden Fall wiederholten sich in fünf Attacken nach 10- bis 15 tägigen Intervallen vollständigen Wohlbefindens immer wieder meningitische subjektive und objektive Erscheinungen und Fieber; die Kranke genas von der Meningitis, verfiel aber in Geistesstörung. Es kamen auch Fälle von scheinbarer Genesung mit plötzlichem tödlichem Ausgang vor (akute Hydrozephalie, Druck auf lebenswichtige Zentren). Bei protrahierten Fällen findet sich nach Abschluß des ersten Monats Hydrozephalie, Fieberlosigkeit, periodenweises Erbrechen, Apathie, Flexionskontrakturen an den Beinen, klare Spinalflüssigkeit unter hohem Druck, schnelle hochgradige Abmagerung trotz guten Appetits, Siechtum. Schwere Intoxikation im Beginn und Hydrozephalus im späteren Verlauf sind die beiden Gefahren bei Genickstarre. Wer die erste Woche überlebt, hat Aussicht zu genesen, falls weiterhin fünf Tage fieberlos sind, der Puls unter 100 bleibt und keine Zeichen schleichender Hydrozephalie eintreten. — Die Genickstarre der Säuglinge ist besonders gekennzeichnet durch häufiges Fehlen der Nackenstarre und des Kernigschen Symptoms, durch enorme Hyperalgesie bei passiven Bewegungen, gesteigerte Spannung und Vorwölbung der großen Fontanelle und Auseinanderweichen der Schädelknochen, end-



lich durch den meist ungünstigen Verlauf (Tod in der ersten Woche oder Ausgang in hydrozephalische Imbezillität oder absolute Taubstummheit). — Higier beobachtete außer der typhösen, komatösen, apoplektiformen, abortiv rudimentären, gastro-intestinalen, otitischen, rezidivierenden, urämischen, psychotischen — noch eine konvulsivische Form mit tagelangen epileptischen Anfällen und eine kollapsartige mit fortwährenden Ohnmachtsanfällen.

Mitteilungen.

— **Professor Theodor Ziehen nach Halle berufen.** Der frühere Ordinarius der Psychiatrie an der Berliner Universität Geheimer Medizinalrat Professor Dr. med. et phil. Theodor Ziehen hat einen Ruf auf den Lehrstuhl der Philosophie an der Universität Halle als Nachfolger von Professor Krüger erhalten. Ziehens Name ist in den Geisteswissenschaften vor allem in der Philosophie und Psychologie nicht minder bekannt als in der Medizin. Ein großer Teil seiner Arbeiten geht weit über das Gebiet der Nerven- und Gehirnkrankheiten hinaus und behandelt die feinsten Vorgänge des Seelenlebens. Ein großer Teil seiner Forschungen ist experimentell-psychologischer Art und hat bedeutsame Aufschlüsse über Störungen der geistigen Tätigkeit und das Seelenleben im allgemeinen geliefert. In seiner Auffassung psychologischer Fragen weicht er in vielen Beziehungen von Wundt ab und nähert sich mehr den Anschauungen der älteren englischen Assoziationspsychologie; in seinen allgemeinen philosophischen und erkenntnistheoretischen Anschauungen steht er den Ansichten Machs und der sogenannten immanenten Philosophie nahe; er ist weniger Mechanist als Idealist und Phänomenalist. Vielfach hat er auch über das Seelenleben des Kindes gearbeitet und in erheblichem Maße die neueren, auf die Fürsorge geistig minderwertiger Kinder gerichteten Bestrebungen, Fürsorgeerziehung, ärztliche Mitarbeit bei den Jugendgerichten und verwandte humanitäre Bestrebungen beeinflußt. Ziehen, ein älterer Bruder des Frankfurter Stadtschulrats und Professors der Pädagogik Julius Ziehen, ist 1862 in Frankfurt a. M. geboren, war Assistent von Binswanger in Jena, 1892 außerordentlicher Professor daselbst, 1901 Professor der Philosophie in Utrecht, 1903 als Nachfolger Eduard Hitzigs Professor der Psychiatrie in Halle, 1904 in gleicher Eigenschaft Nachfolger Jollys in Berlin. Zu Ostern 1912 zog er sich von seinem Lehramt zurück, um sich ganz der Philosophie zu widmen. (Voss. Ztg.)

Referate.

— **Ausführung der Komplementbindungsreaktion (Wassermannsche Reaktion) im hohlen Objektträger.** Aus dem k. k. serotherapeutischen Institut in Wien (Vorstand: Hofrat Dr. R. Paltauf). Von Dr. Walter Halle und Prof. Dr. Ernst Pribram. Wien. klin. Wochenschrift 1916 Nr. 32.

Beschleunigung der Methode, vor allem aber eine wesentliche Materialersparnis, gelang ohne irgendwelche prinzipielle Änderung der Methode durch Verwendung des hohlen Objektträgers, dessen sich Verff. auch bei anderen Gelegenheiten mit Vorteil bedient haben. (W. Halle und E. Pribram, Wiener klin. Wochenschr. 1916 Nr. 24. S. 740.)

Zur Ausführung der Untersuchung benützten sie hohle Objektträger (zu beziehen durch S. Reich & Co., Wien IV., Margaretenstraße 23), welche rings um die Höhlung eine seichte Vertiefung von der Größe des Deckgläschens haben, die auf der einen Seite bis an den Rand heranreicht. Zum Mischen der Tropfen bereitet man einen Platindraht oder ein dünnes Glasstäbchen vor, das nach dem Umrühren der Tropfen im hohlen Objektträger jedesmal zwischen Filtrierpapier abgetrocknet, in physiologische Kochsalzlösung eingetaucht und nochmals abgetrocknet wird. Vor Beginn der Untersuchung werden alle Reagenzien genau ausgewertet.

Die weitere Beschreibung des Verfahrens kann in einem Referat nicht gut wiedergegeben werden und wolle im Original nachgelesen werden.

„Die Methode gestattet auch, sowohl größere, als auch kleinere Serummengen (zwei Tropfen Serum, verschiedene Serumverdünnungen) zur Untersuchung heranzuziehen, so daß man in zweifelhaften Fällen, sowie in jenen, in welchen es mit Rücksicht auf den klinischen Verlauf (Behandlung, Schwere der Erscheinungen, Dauer der Krankheit) erwünscht ist, ohne erheblichen Zeitverlust auch quantitative Untersuchungen ausführen kann, da bei dem geringen Bedarfe an Patientenserum stets genügend davon für mehrere Untersuchungen vorhanden sein wird.

Einen besonderen Vorteil bietet die Methode durch den außerordentlich geringen Verbrauch an allen Reagenzien, insbesondere an Meerschweinchenserum. Hat man nur wenige Untersuchungen vorzunehmen, so kann man sich zweckmäßig des von Doctor (Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 24 S. 742) kürzlich empfohlenen Verfahrens der Blutentnahme aus dem Meerschweinchenohr bedienen, ohne das Tier zu töten. Da 1 ccm Serum (bei Verwendung eines Tropfens der Verdünnung 1 : 10) etwa für 200 Bestimmungen ausreicht, ist man in der Lage, ein Meerschweinchen öfter zu verwenden, ohne sich mit der Blutentnahme gar zu lange aufzuhalten. Ein weiterer Vorteil der Methode ist der, daß man mit einem sehr kleinen Brutschrank auskommt, den man sich auch leicht durch eine doppelwandige Wanne, deren Wand mit warmem Wasser gefüllt ist, improvisieren kann. Die Resultate stimmen nach unseren bereits über 500 Fälle zählenden Erfahrungen vortrefflich mit der sonst üblichen Methode überein. Zu Beginn der Untersuchungen (erste Gruppe) hatten wir, wohl infolge ungenügender Auswertung des Komplements, unter etwa 60 Fällen, die übereinstimmten, zwei fehlerhafte Resultate."

Alle späteren Fälle, welche durchwegs mit beiden Methoden zur Untersuchung kamen, stimmten vollkommen überein, mit Ausnahme von acht, die gesondert erörtert werden. B.

Buchbesprechungen.

— Schleich, Carl Ludwig: Vom Schaltwerk der Gedanken. Neue Einsichten und Betrachtungen über die Seele. Berlin 1916, S. Fischer. Geh. 4,00 M, geb. 5,00 M.

Sehr bilder- und gleichnisreiche Darstellung aus Bau und Leistung des Gehirns und des Nervensystems überhaupt; an manchen Stellen sind diese Bilder und Gleichnisse allzu sehr gehäuft, erscheinen erzwungen und nicht immer passend, z. B. „Genies sind stets die Etappenführer dieses allgemeinen Aufrückens der Menschheit, die Quartiermacher der sicher anrückenden Armee neuer Gedanken" (S. 208). Die Methode bilderhafter Darstellung, in solchem ungewöhnlichen Umfang an Stoff naturwissenschaftlichen Wissens und Erkennens angewandt, hat die Gefahr, daß der Laie Gleichnisse für neue Einsichten und Entdeckungen hält. Daß das Gehirn aus dem Rückenmark heraus entwickelt ist, und überhaupt die Lehre von der Hierarchie der seelischen Funktionen, ist nicht durch Schleichs Beobachtung der Narkose und Deutung des Hirnmechanismus aufs äußerste wahrscheinlich gemacht (S. 247), sondern war vorher längst erwiesen. Seite 261 und 262 teilt Schleich einen Fall mit, wo nach „ungeheurer Aufregung" der Tod erfolgte, stellt die Diagnose: „Tod aus Hysterie" und sagt (nachdem früher auch Fälle von organischen Veränderungen bei Hysterie geschildert wurden): „. . . Es ist ja die reine Metaphysik. Erlebnisse beinahe jenseits des physischen Geschehens, fast jenseits von Kausalität. Hier greift ja eine Vorstellung, also etwas durchaus Geistiges, eine Idee mit einer unverkennbaren Gespensterhand durch die Gefüge der Hemmungen in die Gewebe ein und schafft etwas, modelt, läßt Materie werden." Es handelt sich um einen der nicht gerade sehr seltenen Fälle von plötzlichem Herztod nach Aufregung, bei dem die Obduktion keine greifbare Veränderung am Herzen zutage fördert.

Die Aufforderung an das weibliche Geschlecht, sich nicht durch die Phantasie über die Art des möglichen Todes zu ängstigen (S. 169), wird sich bei den Frauen erübrigen, die mehr als einmal in Blut und Wunden des Wochenbettes dem Tod mutig ins Auge schauten und ihr Heldentum damit bereits bewiesen haben.

Das beständige Hinweisen auf das „Wunderbare" in den Lebensvorgängen wirkt bei der Schilderung etwas einförmig und schmälert den Aufklärungszweck.

Das philosophische Ergebnis für die Lebensauffassung ist freilich, wie das bei allen Philosophen der Fall, ein dem Verfasser gewiß sehr hoch, vielleicht als das höchste erscheinendes: „endlose Evolution des Nichts zur Materie, der Materie zum Geiste, des Geistes zum seelischen Ich und der Unsterblichkeit aller dieser vier großen Vorhöfe der Ewigkeit" (S. 287) — in Wirklichkeit ein nichtssagendes, fast banales. Was heißt „endlose Evolution des Nichts zur Materie"? Wenn ich nicht irre, steht es bei Goethe, daß „alle Philosophie amphigurisch" ist, d. h. sich im Kreise herumdreht, und welchen Sinn hat das ewige Sich-im-Kreise-herumdrehen? Ebensowenig wie die Vorstellung von der angeblichen beständigen Entwicklung zu „Volkommnerem". Bresler.

Therapeutisches.

— Über **„Bolusal mit Tierkohle"** (Synonym: „Carbobolusal"), ein Präparat von Dr. R. Reiß, Charlottenburg, findet sich in Nr. 16 der Medizinischen Klinik folgende sehr beachtenswerte Mitteilung:

Nachdem Albu (Zur Kenntnis der Colitis ulcerosa; Mitt. Grenzgebieten 1914), Lennhof (Über innere Krankheiten im Felde; Med. Reform 1915 Nr. 3) und Leschke (Erfahrungen über die Behandlung der Kriegsseuchen; B. kl. W. 1915 Nr. 25) übereinstimmend die gute Wirkung des Präparates „Bolusal mit Tierkohle" bei Colitis ulcerosa, Ruhr bezw. ruhrähnlichen Fällen festgestellt haben, laufen gleichgünstige Resultate von den verschiedensten Seiten über die gleichen und auch über neue Indikationen ein. Von einer großen Universitätsklinik wurde über zwei hoffnungslose Fälle von Colitis ulcerosa berichtet, die mit „Bolusal mit Tierkohle" vollständig geheilt wurden.

Von neuen Indikationen sei erwähnt, daß „Bolusal mit Tierkohle" bei fieberhaftem Darmkatarrh mit Flatulenz in der Kinderpraxis die Erwartungen übertroffen hat (zweieinhalbjähriges Kind).

Lehrreich sind auch die Fälle, die poliklinisch und auch in der Privatpraxis behandelt wurden, in denen das Mittel bei schwerer Dickdarmentzündung und speziell Mastdarmentzündung (auch mit Neigung zu Blutungen), teils per os, teils örtlich (per rectum) mit bestem Erfolg angewandt wurde.

Von einem Arzt wird mitgeteilt, daß er selbst, nachdem er über 6 Wochen an hartnäckiger Darmintoxikation mit

wechselnden Durchfällen und mit beträchtlicher Flatulenz gelitten und bisher alle angewandten Mittel und strengste Diät irgendeine Besserung, auch in der sehr beträchtlichen Störung des Allgemeinbefindens, nicht herbeigeführt hatten, zu „Bolusal mit Tierkohle" griff. Er teilt mit, daß sich bereits eine Woche nach dem Gebrauch eine auffallende Besserung gezeigt habe und er schon seit Wochen wieder regelmäßig verdaue, sich keine Hyperazidität mehr zeige und die Flatulenz verschwunden sei. Sein Allgemeinbefinden und Ernährungszustand seien gut, er vertrage wieder alle Speisen wie früher. Diesen, seinen sehr instruktiven Bericht schließ er mit den Worten: Ich habe das „Bolusal mit Tierkohle" als ein gutes, zuverlässiges Mittel bei hartnäckigen Darmintoxikationen kennen und schätzen gelernt.

Schließlich sei noch die Mitteilung von einer Straßburger Autorität gestreift, nach der das Präparat bei Achylia gastrica mit chronischem Darmkatarrh, einhergehend mit lebhaften Zersetzungsvorgängen des Darminhalts, manifesten Erfolg gebracht hat, während vorher erfolglos reine Blutkohle angewandt wurde. Im übrigen sei noch auf die Veröffentlichung der bis dahin mit „Bolusal mit Tierkohle" und „Bolusal rein" gemachten Erfahrungen hingewiesen, die in Nr. 16 vom 16. April 1916 der Medizinischen Klinik erschienen ist.

Personalnachrichten.

— **Berlin.** Am 3. Juli verstarb im Alter von 77 Jahren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Albert Eulenburg.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Mein Sohn Balthasar Hollaus, 24 Jahre alt, zuständig in Piesendorf in Salzburg, ist als Geisteskranker aus der Krankenabteilung in Innsbruck entwichen, in welcher er in Beobachtung stand, und ist gegen den Berg Isel geflohen, wo sich seine Spur verliert. Er soll geäußert haben, daß er in die Schweiz fliehen wolle. Er entwich am 15. November 1914.

Ich bitte mir Mitteilung zu machen, falls er irgendwo aufgegriffen worden sein sollte und sich in einer Pflegeanstalt befindet oder befunden haben sollte.

Er ist 190 cm groß, hat blaue Augen, dunkle Haare, schwachen Bart, gute Zähne, ovales Gesicht, kann lesen und schreiben. Er war immer menschenscheu und schwach begabt und erkrankte im Militärdienste unter Schwermut und Angstzuständen, er glaubte sich von seinem Korporale verfolgt. Er scheint an Dementia präcox zu leiden.

Ursula Hollaus, Kaprun im Pinzgau.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 23/24. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.**
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 23/24. 1. September **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

B. Psychiatrischer und neurologischer Teil.

P. Schröder (Greifswald) setzt an die Spitze seiner Abhandlung: Geistesstörungen nach Kopfverletzungen (Stuttgart 1915, F. Enke) folgenden Satz:

„Jede zu einer Schädigung des Gehirns führende Kopfverletzung hat psychische Störungen von leichtem oder schwerem Grade, von kurzer oder längerer Dauer im Gefolge; andererseits ist unter den Geisteskrankheiten im landläufigen Sinne, d. h. denjenigen Erkrankungen, an denen die in Irrenanstalten verpflegten Personen leiden, nur ein sehr kleiner Prozentsatz nachweislich durch Kopfverletzungen bedingt." Die Studie Schröders verdient, daß wir uns mit dem Inhalt und Ergebnis eingehender beschäftigen.

Schröder unterscheidet: die Kommotionspsychose als die wichtigste Erkrankungsform, im engsten und eigentlichen Sinne die Geistesstörung nach Kopfverletzung; die psychotischen Störungen bei groben Hirnverletzungen und -zertrümmerungen; die Geistesstörungen bei traumatischer Epilepsie; die traumatische Demenz oder Dementia posttraumatica (verschiedenartige Zustände verschiedener Genese); gewisse hysterische und andere degenerative Zustände; sonstige akute und chronische Geisteskrankheiten insoweit, als bei einem Teil von ihnen ein Kopftrauma möglicherweise begünstigend auf die Entstehung oder verschlimmernd auf den Verlauf einwirken, und als bei dem Rest mitunter die Möglichkeit einer solchen Einwirkung wenigstens nicht in Abrede gestellt werden kann.

Kalberlah hat unter Kommotionspsychose die „unmittelbar und zeitlich untrennbar aus dem durch die Kommotion gesetzten Zustand von Bewußtseinsstörung hervorgehenden" akuten Krankheitsbilder zusammengefaßt, in deren Mittelpunkt der amnestische oder Korsakowsche Symptomkomplex steht (Merkschwäche, Desorientiertheit, amnestische Defekte, Neigung zum Konfabulieren bei gut erhaltenem Gedächtnis für frühere Zeit, nicht selten Bewußtseinstrübungen).

Die Kommotionspsychose ist das protrahierte Durchgangsstadium von der durch die Kopfverletzung gesetzten Bewußtlosigkeit bis zur Aufhellung, und zwar von kurzdauernden Zuständen mit den Erscheinungen leichter Dösigkeit, herabgesetzter Merkfähigkeit, aber mit vollkommen geordnetem und zweckmäßigem Handeln bis zu recht schweren monatelangen Psychosen. Die ganz leichten Fälle werden häufig übersehen, weil die Betroffenen selber keine Erinnerung zurückbehalten und nicht selten erst durch besondere Umstände (strafrechtliche Konflikte, Rentenverfahren) darauf hingewiesen werden.

Der Verletzte fühlt Eingenommenheit des Kopfes, gewisse Erschwerung des Gedankenablaufs und der Verarbeitung von Sinneseindrücken, doch benimmt er sich in Gespräch und Handlung geordnet. In manchen Fällen fehlt die retrograde Amnesie, und auch für die der Verletzung folgende Zeit hat der Betreffende wenigstens Erinnerungsinseln oder verschwommene Gesamterinnerung.

Daneben ist für die Situation und die Schwere des Krankheitszustands charakteristisch die ge-



reizte, bald mehr mürrische, bald mehr grobe Stimmung mit Verständnislosigkeit oder euphorischer Beurteilung der Situation.

Allgemein-nervöse Symptome, Kopfschmerzen, Schwindel usw., können für lange Zeit zurückbleiben, besonders bei Kindern.

Bei den schweren sich über Wochen oder über Monate hinziehenden Formen der Kommotionspsychose werden drei Stadien unterschieden: a) die initiale Bewußtlosigkeit; sie dauert Stunden und Tage, selbst 2 bis 3 Wochen. Vereinzelt erholen sich die Verletzten nach dem ersten Zusammensinken noch einmal für kurze Zeit und verfallen dann erst in tiefe und lange Bewußtlosigkeit; b) das Übergangsstadium, das allerdings auch fehlen kann; am häufigsten Erregungen, seltener Hemmung und Regungslosigkeit mit Apathie, Verlangsamung aller Reaktionen, Schlafsucht, Mangel an Spontaneität, Stupor oder traumhafte dämmrige Zustände mit zeitweisem oder dauerndem unruhigen Jammern, Wimmern und Stöhnen, verworrenen Klagen über Kopfschmerzen und sonstige Beschwerden, monotoner Jaktation, wobei charakteristisch zu sein pflegt, daß die Kranken spontan jammern und stöhnen, aber auf Befragen behaupten, es fehle ihnen nichts, mit plötzlichen energischen Erregungen epileptoider Färbung, mit ängstlichen Sinnestäuschungen und Verkennungen, Neigung zu gewalttätigen Angriffen auf die Umgebung, mit angstvollem wilden Fortdrängen oder schreckhaftem Flüchten.

Bei weitem am häufigsten ist der delirante Symptomkomplex, mit Vorliebe abends und nachts auftretend (Delirium traumaticum gleich traumatischer Verwirrtheit).

c) Amnestisches Stadium, Korsakowscher Symptomkomplex mit folgenden Teilerscheinungen: *Herabsetzung der Merkfähigkeit*, d. h. der Fähigkeit, neue Eindrücke festzuhalten bei fast ungestörter Fähigkeit, den alten Besitzstand an Erinnerungen zu reproduzieren und mit ihm zu schalten; Desorientiertheit über Ort und Zeit, wobei letztere gröber und länger gestört[1]) ist, bei lückenloser Orientierung über die eigene Person einschließlich aller persönlichen Erfahrungen bis zu dem Unfall, wenn nicht noch Benommenheit und gröbere Auffassungsstörungen oder herdförmige Läsionen des Gehirns vorhanden sind.

Bei Prüfung der Orientierung erfolgen ganz gewöhnlich positiv falsche Antworten, sogenannte Konfabulationen. (Die Bezeichnung Konfabulationen ist in der Tat nicht richtig. Die Störung der Wahrnehmung ist dabei das Wesentliche. Meiner Meinung nach kommen sie bei der gegebenen Merkschwäche und Bewußtseinstrübung zustande, indem die gegenwärtigen Eindrücke zu schwach und zu flüchtig sind und von verwandten festen Erinnerungen aus früherer Zeit spielend leicht und mit einem gewissen Automatismus übertönt und überhöht werden. Ähnliche momentane vorübergehende Situationstäuschungen, in denen beim Anblick der örtlichen Umgebung die Erinnerung an eine frühere Situation auftaucht und sich in dem Bewußtsein an die Stelle des gegenwärtigen Eindrucks setzt, kommen bei Gesunden während sehr angestrengter geistiger Arbeit und Vertiefung und Ablenkung von der Außenwelt vor.)

Aufmerksamkeit und Auffassung zeigen rasche Ermüdung und ein Absinken auf niedriges Niveau, welche die intellektuellen Leistungen und die kombinatorischen Fähigkeiten beeinträchtigen und selbst leichte assoziative Leistungen erschweren. Geistige Schwäche kann durch asymbolische und apraktische Erscheinungen vorgetäuscht werden. Grobe Intelligenzdefekte weisen auf Komplikationen oder andersartige Zustände (psychogene Pseudodemenz).

Retrograde Amnesie ist sehr häufig, aber nicht ganz konstant, nur mehrere Stunden oder einige Tage. Längere Dauer weist auf Arteriosklerose, schweren Alkoholismus oder ausgedehnte traumatische Zerstörungen des Gehirns. Der Ausfall an Erinnerungen bleibt ein dauernder, schwer ist die Lücke nachzuweisen, besonders wenn aus nachträglichen Erzählungen das in der Erinnerung Fehlende ergänzt und dann nicht mehr sicher unterschieden wird zwischen eigener Erinnerung und nachträglich Gehörtem.

Sinnestäuschungen können vorübergehend vorkommen als abendliche und nächtliche szenenhafte, kombinierte Halluzinationen oder Illusionen, ängstliche Verkennungen und ähnliches mehr.

Wahnideen sind selten. Die Konfabulationen wechseln rasch und werden rasch vergessen; nicht selten kehren einzelne immer in der gleichen Weise wieder und fixieren sich gewissermaßen; oft sind das belanglose, zufällig festgehaltene Vorstellungen, andere Male anscheinend motivierte Ideen des Mißtrauens und der Beeinträchtigung.

Die Stimmungslage ist ruhig, still, indifferent bis zur Apathie und Gleichgültigkeit oder verdrossen, unmutig, gereizt, dabei besteht Uneinsichtigkeit, Verständnislosigkeit für den krankhaften Zustand, neben mehr oder minder deutlichem Krankheitsgefühl.

[1]) Diese Verschiedenheit habe ich auch bei anderen psychischen Störungen beobachtet. In einem der älteren Jahrgänge der Psych.-Neurologischen Wochenschrift.

Seltener ist krankhaft heitere Stimmung.

Von Hirnsymptomen kommen vor Erbrechen, Kopfschmerzen, Pulsverlangsamung, bei gleichzeitiger Kontusion des Gehirns, mit Schädelbrüchen, Blutungen; Lähmungen von Gehirnnerven, Pyramidenbahnsymptome, Labyrinthaffektionen, Nackensteifigkeit, zentrale Temperatur- und Respirationsstörungen und sonstige dem Sitz der Hirnläsion entsprechende Symptome, wie Asymbolie, Apraxie und Aphasie, oft rasch abklingend als Partialerscheinungen der allgemeinen Gehirnerschütterung. Das Krankheitsbild wird dann sehr kompliziert.

Die Kommotionspsychose verläuft regressiv, Fortschreiten der Erkrankung zum Schlechten weist auf Komplikationen oder besondere ungewöhnliche Verhältnisse wie Arteriosklerose, Alkoholismus, traumatisch oder anderweitig bedingte Epilepsie, Hinzutreten hysterischer Erscheinungen oder Entwicklung andersartiger Psychosen.

In zahlreichen Fällen bleiben allgemein-nervöse, neurasthenische Störungen zurück neben Vergeßlichkeit und Gedächtnisausfällen, Ermüdbarkeit, Mangel an Initiative, Reizbarkeit, Klagen über erschwerte Auffassung, Insuffizienzgefühl, Unlust und allerlei hypochondrische Zügen, Klagen über Eingenommensein und Kopfschmerzen, über Schwächeanwandlungen und Schwindel, Intoleranz gegen Alkohol und Nikotin. Daneben sicher organische Symptome, Paresen, halbseitige Reflexsteigerungen, Babinskisches Symptom, Nystagmus, Labyrinthschwindel usw., diese Residuen und Komplikationen lösen zuweilen Hysterie aus und begünstigen ihre Fortdauer.

Ein anderer Folgezustand ist die traumatische Degeneration: Reizbarkeit, Explosivität, gewalttätige Erregungen mit nachfolgender nur mangelhafter oder ganz fehlender Erinnerung, periodisch auftretende, aber gewöhnlich rasch abklingende Verstimmungen oder Depressionen, oder Zustände von Dösigkeit oder Benommenheit mit Suizidversuchen, triebartigem zwecklosem Fortlaufen (Poriomanie) oder triebartigem unsinnigem Trinken (Dypsomanie), Symptome, die an Epilepsie erinnern.

Bei Kindern kommt es zu Charakterveränderungen: Verstocktheit, Verlogenheit, Neigung zu Diebstahl und Umhertreiben, Albernheit, Mangel an Anhänglichkeit usw.

Endlich trifft man als Ausgang sehr viel gröbere und später sich progredient verschlimmernde geistige Störungen.

Tod erfolgt in schweren Fällen nicht selten bereits in den ersten Tagen, bei erregten und deliranten Kranken zuweilen durch Herzschwäche, besonders bei chronischen Alkoholisten, oder durch Komplikationen, wie Pneumonie, Dekubitus, Erysipel, in seltenen Fällen noch spät durch Status epilepticus.

Differentialdiagnostisch kommt am häufigsten in Betracht bei Trinkern Delirium tremens. Beim „Delirium tremens traumaticum" der Trinker ist das Trauma nur eine zufällige Komplikation. Von Kommotionspsychosen mit deliranten Symptomen bei Nichtalkoholisten unterscheidet sich das Trinker-Delir durch Fehlen initialer Bewußtlosigkeit, ausgesprochener Benommenheit und Dösigkeit, durch den charakteristischen Tremor und das Schwitzen, katarrhalische Erscheinungen, Verdauungsstörungen, Albuminurie, neuritische Symptome, typischen Ablauf innerhalb weniger Tage, kritischen Schlaf. Ähnlichkeit zwischen beiden Zuständen kann bestehen, wenn ein epileptischer Anfall mit anschließender längerdauernder Benommenheit vorangegangen ist, oder wenn ein atypisches Trinker-Delir lytisch endet oder in alkoholische Korsakowsche (amnestische) Psychose ausgeht.

Wenn ein Trinker ein Kopftrauma mit Kommotion erlitten hat, so spricht ein freies Zwischenstadium von Stunden bis Tagen für die alkoholische Erkrankung; ferner Lenkbarkeit und Mischung von Ängstlichkeit und Bonhommie und eine Amnesie für längere Zeitabschnitte.

Hirnarteriosklerose: Bei Sturz auf den Kopf im arteriosklerotischen Schwindelanfall kann zu den vorhandenen arteriosklerotischen Störungen Commotio cerebri und Kommotionspsychose treten; oder der Fall auf den Kopf kann unerheblich sein und ein apoplektischer Insult eine Kommotio und Kommotionspsychose vortäuschen. Ein Defekt nach Kommotionspsychose hat oft große Ähnlichkeit mit dem bei Hirnarteriosklerose. Ein Schädeltrauma kann eine beginnende oder bereits fortgeschrittene Arteriosklerose verschlimmern. Die Veränderungen der feinen Gefäße bei einer Commotio cerebri, zuweilen progredienter Art, lassen sich histologisch nicht von arteriosklerotischen Prozessen unterscheiden.

Nach geringfügiger Kopfverletzung auftretende tiefe Bewußtlosigkeit, eventuell mit nachfolgendem Dämmer- oder Erregungszustand, braucht nicht Kommotionspsychose zu sein, sondern es kann sich um einen postepileptischen Zustand handeln.

Das amnestische Stadium der Kommotionspsychose wie der resultierende Defekt kann Paralyse vortäuschen (sogenannte traumatische Pseudoparalyse). Unterscheidung durch Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit, doch kann Lues

vorangegangen sein oder Tabes vorliegen. Ein Paralytiker kann sich eine Hirnerschütterung und eine Kommotionspsychose zuziehen und die nach Abklingen der letzteren zurückbleibenden paralytischen Symptome können zunächst als Folge der Kopfverletzung erscheinen.

Geistesstörungen bei traumatischer Epilepsie: Die Epilepsie braucht erfahrungsgemäß Zeit zu ihrer Entwicklung, es vergehen in der Regel Monate, auch Jahre bis zum Auftreten ihrer ersten Erscheinungen. Epileptische im unmittelbaren Anschluß an das Trauma oder sehr bald danach auftretende Störungen sind direkt durch Hirnläsion bedingte symptomatische Anfälle oder der Ausdruck einer schon vorher bestehenden Epilepsie, und das Trauma Folge, nicht Ursache des Anfalles von epileptischer Bewußtseinsveränderung.

„Die psychischen Erscheinungen der traumatischen Epilepsie sind die gleichen wie die der genuinen."

Die psychischen Störungen können auftreten, bevor der erste epileptische Anfall sich einstellt, oder Absenzen und große Anfälle können lange Zeit hindurch allein auftreten, erst nach Jahren „psychische Äquivalente".

Schädeltraumata können leichte oder „larvierte" Epilepsien verschlimmern bezw. bei epileptischer Veranlagung die Entwicklung der ersten groben epileptischen Störungen im Gefolge haben.

„Kopfverletzungen können wie jede Schädigung hysterische und andere degenerative Erscheinungen auslösen."

Die Schwere des Traumas spielt hierbei eine untergeordnete Rolle; zur Auslösung genügt vielfach das „psychische Trauma" des Schrecks, der Angst, der Befürchtung usw. ohne jede Kopfverletzung.

Wichtiger ist die besondere Veranlagung, mit derartigen krankhaften Zuständen auf Schädigungen der verschiedensten Art (und darunter auch auf Kopfverletzungen) zu reagieren, und die mehr oder weniger bewußte Wunschvorstellung, krank zu sein, die an sich abnorm, pathologisch sein oder in Entschädigungs- und Schadenersatzansprüchen wurzeln kann.

Hysterische Attacken können sich unmittelbar an eine Kopfverletzung anschließen in Form von Lähmungen, Astasie-Abasie, Aphonie usw. oder Dämmerzuständen, wilden Erregungen, maßlosem Weinen, Jaktation mit oder ohne begleitende hysterische Krämpfe, wobei häufig die qualvolle Erinnerung an die Verletzung eine Rolle spielt; zugleich ein Beweis dafür, daß das Kopftrauma von längerer Bewußtlosigkeit und retrograder Amnesie nicht gefolgt, also auch nicht schwer gewesen sein wird.

Häufiger sind die chronischen degenerativen, gegen die Hysterie schwer abgrenzbaren „funktionellen" Störungen, die traumatischen Neurasthenien, traumatischen Neurosen, traumatischen Psychoneurosen mit Steigerung der Reflexe, Labilität des Pulses, vasomotorischem Nachröten und hysterischen Stigmata wie Gesichtsfeldeinschränkung, Analgesien, Druckpunkten; aus der traumatischen Neurose kann ohne weiteres eine Psychose degenerativ-hysterischen Gepräges werden mit Schlaffheit, Indolenz, Wehleidigkeit und Energielosigkeit, der den Vorstellungsinhalt ausfüllenden Überzeugung schwerer Erkrankung, die an Überbleibsel von Verletzungen oder an nur vermeintlich mit dem Trauma zusammenhängende Störungen anknüpft. Hier bemerkt Schröder: „Maßgebend im einzelnen ist aber vielfach auch die Fragestellung und die Untersuchungstechnik des Arztes; mehr oder weniger alle Funktionen, die der Arzt prüft, sind nach dem Glauben des Kranken bei ihm abnorm oder aufgehoben. Ein großer Teil der sogenannten Stigmata (Gesichtsfeldeinengung, Analgesien, Fehlen des Würg- und Hornhautreflexes) wird gesetzmäßig wahrscheinlich nur gefunden, weil gesetzmäßig danach gefahndet wird. Die übrigen sogenannten objektiven Symptome der traumatischen Neurosen sind Züge, die man generell bei allen oder bei den meisten Psychopathien und ebenso häufig bei allgemeinen Schwächezuständen findet; das sind z. B. die Labilität des Pulses, die Dermographie, der Rückgang des Körpergewichtes, schlechter Schlaf usw."

Die häufigste Form der Geistesstörungen ist nach Schröder anscheinend zurzeit die sogenannte psychogene Pseudodemenz, der hysterische Pseudoblödsinn: nach Kopfverletzungen eine scheinbar tiefe und weitgehende Verblödung neben allerlei sonstigen degenerativen psychopathischen Zügen und hysterischen Symptomen.

Hauptsymptome sind: das scheinbare Vorbeireden bei richtigem Verständnis der Frage (Gansersches Symptom) und Vorbeihandeln, die scheinbare Apraxie oder Asymbolie, sensorische oder motorische Aphasie und Alexie und Agraphie, die erschwerte Wortfindung unter Ratlosigkeit, Grimassieren, Zittern, Leistungen, die zu andreren Zeiten außerhalb der Prüfung durch den Arzt, alle oder zum Teil glatt gelingen. Gesichtsfeldeinschränkung, Analgesien, Paresen, Rombergsches Phänomen, „die man gleichfalls unter dem Einfluß der Prüfung entstehen sehen kann, und die um so sicherer vor-



handen sind, je öfter der Kranke vorher fachgemäß untersucht worden ist."

Ferner spontane Auffälligkeiten im Benehmen und Handeln der Kranken, allerlei törichte, alberne Handlungen wie auf plötzliche Eingebungen hin, oder wie aus völliger Verkennung der Situation bezw. aus wahnhaften Vorstellungen heraus; stumpfes, indolentes, widerstrebendes Verhalten, ähnlich manchen Zustandsbildern der Dementia praecox.

Für die Pseudodemenz ist charakteristisch das Verschwommene, Widerspruchs- und Wechselvolle des Symptombildes; der Erinnerungsausfall trifft gewöhnlich gerade die bei der unkomplizierten Kommotionspsychose erhalten bleibenden elementaren Kenntnisse und Erfahrungen.

Im Gegensatz zu wirklichem Blödsinn bei progressiver Paralyse, arteriosklerotischer oder hirnluetischer Demenz vermögen die Kranken, sich selber überlassen, sich rasch zu orientieren, die Situation richtig zu erfassen, ist Merkfähigkeit, Auffassung und Aufmerksamkeit gut, was leicht den Verdacht von Simulation erweckt und die Unterscheidung erschwert.

Hysterische Delirien und Dämmerzustände mit visuellen, szenenhaften, kombinierten, wildphantastischen oder ängstlichen Sinnestäuschungen, Konfabulationen abenteuerlicher Geschichten und Erlebnisse, kommen als akute Exazerbationen in allen diesen Zuständen jederzeit vor.

Seltener und meist nur episodisch entwickeln sich paranoische Zustände bei traumatischen Neurosen aus anfänglichen hysterisch-neurasthenischen Symptomen, hypochondrischen Klagen und Beschwerden, wahnhaften Beziehungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen oder aus Träumen und halluzinierten Vorgängen hysterischer Delirien.

Alle diese Zustände, auch die Pseudodemenz, sind der Beeinflussung zugänglich und heilbar.

Diese psychogenen psychotischen Zustände und Kopfverletzungen entwickeln sich nicht erst nach 10, 20 und mehr Jahren unter auslösenden Anlässen: körperliche Krankheiten, Siechtum, Verlust der Arbeitsstelle, als unberechtigt empfundene Herabsetzungen der Rente, brüske Behandlung wegen Simulationsverdachtes.

Unter dem Einfluß äußerer Faktoren kommen weitgehende Besserungen und Verschlimmerungen vor.

Zur Differentialdiagnose bemerkt Schröder: „Unter den traumatischen Psychoneurosen und Psychosen lassen sich die nach Kopfverletzungen als eine besondere klinische Gruppe nicht abgrenzen; sie unterscheiden sich gegebenenfalls symptomatisch weder von denen nach lediglich „psychischem" Trauma (Schreck, Angst, Befürchtung), noch von denen nach Verletzung anderer Körperteile ohne Kopftrauma. Es kommt hinzu, daß man gelegentlich auch mit den traumatischen Neurosen und Psychosen in allen Einzelheiten übereinstimmende Krankheitsbilder ohne jede voraufgegangene Verletzung zu sehen bekommen kann. Ob eine Neurose oder Psychose durch eine Kopfverletzung bedingt ist oder ob sie ganz andere Ursachen hat, ist deshalb allein durch den Untersuchungsbefund und die Beobachtung ohne Kenntnis von Vorgeschichte und Entwicklung der Erkrankung wohl niemals zu entscheiden möglich."

Bei Geistesstörungen mit bekannter Ätiologie kann gelegentlich ein Trauma als Hilfsursache oder verschlimmernd in Betracht kommen. Dann liegt nicht Psychose durch Kopfverletzung, nicht eine traumatische Psychose vor.

Bereits bestehende Paralyse kann durch ein grobes Kopftrauma (mit Bewußtlosigkeit usw.) verschlimmert oder beschleunigt werden. Ob sie durch ein Kopftrauma ausgelöst werden kann, darüber weiß man nur wenig Sicheres.

(Fortsetzung folgt.)

Die diagnostische Bedeutung von Pupillenstörungen bei Dementia praecox.

Von Dr. **Adolf Fuchs**, K. Anstaltsarzt an den Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren.

(Fortsetzung.)

Hinsichtlich des Ablaufes und der Ausgiebigkeit der Lichtreaktion finden sich bei der Dementia praecox eine Reihe von Störungen.

Dide und Assicot[28]) und nach ihnen Roubaix[22]) fanden eine träge Lichtreaktion häufig. Die Untersuchungen Meyers[16]), der in 10% träge Lichtreaktion sah, bestätigen diese Angaben. Die träge Reaktion war in den Fällen Meyers nicht immer konstant, sondern wechselte in einigen Fällen mit guter Lichtreaktion am anderen Tage ab. Auf den Wechsel in der Ausgiebigkeit der Lichtreaktion macht auch Bleuler aufmerksam, indem er einen Kranken erwähnt, der bei der Auf-



nahme enge, fast reaktionslose Pupillen hatte, während dieselben schon nach 10 Minuten sehr weit waren und normal reagierten.

Von 403 Kranken Zablockas[10]) zeigten 53, das sind 8%, schlechte Reaktion auf Licht.

Reichmann[4]) konnte in 36 von 262 Fällen träge Lichtreaktion feststellen. Darunter waren 24 Pupillen ohne Formveränderung, während 12 verzogen erschienen. Auch sie weist darauf hin, daß es sich bei der trägen Lichtreaktion um ein konstantes Symptom handelt.

Kraepelin[2]) erklärt die Feststellung einer trägen Pupillenreaktion als äußerst schwierig. Denn einerseits fordere sie genaue Zeitmessungen, die wiederum nur mit den feinsten Hilfsmitteln sich ermöglichen, andererseits ist sie abhängig von der schwankenden persönlichen Reaktionszeit des Beobachters. Zuverlässige Ergebnisse erwartet Kraepelin nur von der fortlaufenden photographischen Aufnahme der Reaktion. Keine dieser Voraussetzungen ist in den angeführten Beobachtungen berücksichtigt, wie sich denn auch in der gesamten mir zugänglichen Literatur keine diese Bedingungen erfüllende Arbeit findet. Im Gegensatz zu obigen Angaben hat Bumke[1]) den Eindruck gewonnen, daß „die Pupillenveränderung bei Katatonischen stürmischer, schneller einträte und auch schneller ausgeglichen würde". Auch Hübner[8]) sah öfters einen besonders stürmisch verlaufenden Pupillenreflex und Neussichin[34]) und Runge[12]) bestätigen dasselbe.

Diese Abweichungen von dem normalen Verhalten sind aber nach Bumke, wenn überhaupt gesetzmäßig vorhanden, doch so geringfügig, daß sie mit einer Methode, die über das Vorhandensein einer Anomalie das subjektive Ermessen des Beobachters entscheiden läßt, klinisch nicht verwertet werden können.

Bumke versuchte deshalb die Lichtreaktion dieser Kranken mit einer verfeinerten Methodik zu prüfen, indem er systematisch ihre galvanische Reflexerregbarkeit festzustellen versuchte. Aber auch auf diesem Wege kam er zu keinem eindeutigen Resultat. Nur lagen in all diesen Fällen die kleinsten wirksamen Reize durchschnittlich recht niedrig, die Reflexerregbarkeit scheint also relativ lebhaft zu sein, daß sie aber gesetzmäßig gesteigert ist, wagt er nicht zu behaupten. Knapp weist darauf hin, daß man demselben „schießenden" Lichtreflex nicht selten bei nervösen jugendlichen Individuen begegne, besonders bei solchen von brünettem Typus. Eine diagnostische Bedeutung kommt diesem für die Erscheinungsformen des Jugendirreseins nicht charakteristischem Symptom demzufolge nicht zu. Durch exakte Messungen wies Weiler nach, daß die Reaktionsbreite (d. i. Ausgiebigkeit) bei gleichmäßiger, beiderseitiger starker Belichtung bei der Dementia praecox eine Mittelzahl von 1,4 mm betrage, während sie für Gesunde 1,7 mm ausmache. (Reaktionsbreite für Paralytiker 0,4 mm, für Epileptiker 1,9 mm.)

Gleich Weiler fand auch Pförtner häufig eine herabgesetzte Lichtreaktion.

Wenn auch die Ausgiebigkeit der Lichtreaktion durchschnittlich bei Dementia praecox eine geringere ist als bei Gesunden, so geht doch dieser Beeinträchtigung für sich allein ein diagnostischer Wert ab, weil der Unterschied nur ein geringer ist und sich aus dem mittleren Wert bei Gesunden ergibt, daß auch beim Gesunden Zahlen gefunden werden, die unter oder gleich dem Durchschnittswerte bei Dementia praecox sind.

Die Weilersche sekundäre Lichtreaktion erleidet nach Weilers eigenen Angaben bei Dementia praecox keine Abweichung von der Norm.

Die „paradoxe Lichtreaktion" wurde bei Dementia praecox bisher nur von Westphal in zwei Fällen und von Meyer[16]) in einem Falle beobachtet.

Ein praktisches Interesse kommt sonach dieser Reaktion, der Bumke überhaupt jeden diagnostischen Wert für alle Geistes- und Nervenkrankheiten abspricht, nicht zu.

Eine Störung der konsensuellen Lichtreaktion wird bei Dementia praecox von keinem der Beobachter erwähnt, dagegen finden sich über Störungen der Mitbewegungen der Iris einige Angaben.

Die akkomotative Verengerung der Pupillen soll nach Blin[19]) öfters aufgehoben sein, nach Dide und Assicot[28]) sogar bei erhaltener Lichtreaktion.

Nach Zablocka[10]) finden sich Pupillenstörungen auf Akkomodation selten.

Reichmann[4]) fand bei 165 Fällen dreimal eine Beeinträchtigung der Konvergenzreaktion.

Nach Bumke[1]) scheint die Akkomodationsveränderung ganz ungestört zu verlaufen, auch das Größenverhältnis zwischen Licht- und Konvergenzreaktion hatte gegenüber der Norm niemals eine merkliche Verschiebung erlitten. Dieser Befund erübrigt eine kritische Beur-



teilung der Reaktion hinsichtlich ihres Wertes für die Erkennung der Dementia praecox. In den 65 Fällen Breigers[14]) wird eine paradoxe Konvergenzreaktion einmal erwähnt. Für diese Reaktion gilt bezüglich ihres praktischen Wertes dasselbe wie für die paradoxe Lichtreaktion.

Unter dem Namen Orbikularisphänomen beschrieb A. Westphal[30]) die Verengerung der Pupille, die beim Lidschluß beobachtet wird, und J. Piltz[35]) nannte dieselbe Verengerung, die beim Lidschluß, aber auch beim nur intendierten, mechanisch verhinderten, auftritt, Lidschlußreaktion. Nach Westphal[30]) findet sich diese Reaktion nur bei lichtstarren oder träg reagierenden Pupillen, nach Piltz wird sie bei 48% der Fälle von Dementia praecox gefunden. Nach Bumke[1]) und anderen kommt sie auch bei Gesunden vor, doch verhält sich die Lidschlußreaktion bei den Kranken der Dementia-praecox-Gruppe nach Bumke häufig sehr wesentlich anders als bei Gesunden. Sie ist allerdings nur bei Katatonikern im engeren Sinne schon unter gewöhnlichen Beobachtungsbedingungen sichtbar und zuweilen so deutlich, daß beim intendierten, aber mechanisch verhinderten Lidschluß eine Verengerung um 2 bis 3 mm eintritt.

Doch besitzt nach Bumke die Lidschlußreaktion eine wirkliche klinische Bedeutung, einen diagnostischen Wert für den Neurologen und Psychiater bis heute nicht.

Ähnlich spricht sich Aschaffenburg[34]) aus, der sagt: Die Verengerung der Pupille beim Zukneifen der Lider ist nur insofern von Bedeutung, als sie eine Fehlerquelle darstellt; das Aufhalten der Lider bei einem widerstrebenden Kranken kann eine Verengerung der Pupille bewirken, die leicht als Lidreaktion angesprochen wird, während es sich tatsächlich nur um die Lidschlußreaktion handelt.

Ebensowenig diagnostisch verwertbar ist eine weitere von Piltz[35]) angegebene Pupillenreaktion, nämlich eine Verengerung der Pupille beim Öffnen der Augen nach vorhergegangenem energischen Augenschluß, denn Piltz fand diese Reaktion zwar bei 28% der Katatoniker, aber auch bei 4% der Gesunden.

Eine Reihe anderer Mitbewegungen der Iris ist nicht eigentlich als Krankheitserscheinung, sondern als Anomalie aufzufassen, weswegen ihrem gelegentlichen Vorkommen bei Dementia praecox jegliche Bedeutung abzusprechen ist.

Die Erscheinung der Pupillenunruhe, die Erweiterung der Pupillen bei psychischen Vorgängen und sensiblen Reizen wurden in einer grundlegenden Arbeit von Bumke[1]) studiert. Bumke vermißte die Psychoreflexe im engsten Sinne, also die durch Vorstellungen, Affekte usw. bedingten Oszillationen des Irissaumes, und damit natürlich auch die Pupillenunruhe, bei Hebephrenen dann immer, wenn die Krankheit schon länger bestand und schon zu einer deutlichen psychischen Schwäche geführt hatte. In anscheinend normaler Weise waren sie dagegen vorhanden bei 15 Fällen, bei denen die Erkrankung in den allerersten Anfängen war. In dem gleichen Tempo nun, in dem diese Kranken psychisch zurückgingen, verschwanden diese Reaktionen und eine Wiederkehr der Reflexe bei dieser Form der Dementia praecox blieb aus, vielleicht aber nur deshalb, weil die betreffenden Patienten selten ohne geistigen Defekt davonkamen. Die reflektorische Erweiterung auf sensible Reize war in einem Drittel der Fälle, wenigstens wenn starke schmerzhafte Reize angewandt wurden, erhalten, und zwar gewöhnlich vorübergehend, seltener dauernd.

Bei der katatonischen Form der Dementia praecox konnte Bumke in ausgebildeten Fällen Psychoreflexe und Pupillenunruhe überhaupt nicht konstatieren, dagegen fand er bei mehr als 25% dieser Kranken eine durch sehr schmerzhafte Reize (z. B. Nadelstiche in das Nasenseptum) ausgelöste Pupillenerweiterung. Freilich war nach seinen Angaben die Erweiterung zumeist so wenig ausgiebig, daß sie an und für sich etwas suspekt erschien. Der sensible Pupillenreflex war entweder nur im Beginn oder im Beginn und der Remission oder endlich nur in der Remission zu konstatieren.

Bei der Untersuchung von über 200 Fällen von an Dementia praecox Erkrankten (bei denen von einer Trennung nach den Verlaufsformen Abstand genommen wurde) kam Bumke zu folgenden Resultaten:

Etwa 60% aller Dementia-praecox-Kranken weisen das Fehlen der psychischen und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize bei erhaltenen Pupillenreflexen und der Pupillenunruhe auf. Die Hoffnung, daß darin ein verläßliches Frühsymptom gefunden sei, hat sich nicht erfüllt. Wenn auch die genannten Pupillenveränderungen anderen katatonischen Krankheitszeichen häufig längere Zeit vorausgehen, so hat dieses diagnostische Hilfsmittel doch oft genug in anderen Fällen versagt.

Als erster prüfte Hübner[8]) an dem Material



der Anstalt Herzberge die Untersuchungen Bumkes nach. Er untersuchte 51 an Dementia praecox Erkrankte (nicht wie Bumke irrtümlicherweise angibt 236. Letztere Zahl bedeutet vielmehr die Summe der Gesamtuntersuchungen Hübners über das Phänomen der Pupillenunruhe, der psychischen und sensiblen Reflexe bei verschiedenen Geisteskrankheiten).

Von diesen 51 zur Untersuchung gelangten Fällen wurden 35 als Hebephrenie, 12 als Katatonie und 4 als Dementia paranoides angesprochen. Die psychische und sensible Reaktion, sowie die Pupillenunruhe war sicher vorhanden bei vier Hebephrenischen. Von diesen waren die beiden Männer seit einigen Jahren krank und zeigten eine, wenn auch nicht hochgradige, so doch deutliche Demenz. Von den beiden Frauen, bei denen die geistige Schwäche schon stark ausgeprägt war, war die eine wegen Hebephrenie schon seit 7 Jahren in Anstaltsbehandlung, die andere erst seit einem halben Jahre. Bei einer weiteren Gruppe von vier Hebephrenen (3 F. und 1 M.) war die Psychoreaktion nicht mehr auszulösen, wohl aber erfolgte auf den Nadelstich noch eine Pupillenerweiterung. Fraglich erschienen die Reaktionen in 6 Fällen von Hebephrenie (4 F. und 2 M.). Außerdem ist unter die Gruppe der fraglichen Reaktionen eine als Dementia paranoides aufgefaßte Kranke zu rechnen, bei der trotz wiederholter Untersuchung kein abschließendes Urteil über Vorhandensein oder Fehlen der Reaktionen zu gewinnen war.

Bei allen übrigen Kranken, d. h. bei allen 12 Katatonikern, den 3 anderen an Dementia paranoides Leidenden und 21 Hebephrenischen fehlten sowohl die Psychoreaktion, wie auch die auf sensible Reize. Prozentualiter ausgedrückt waren die Reaktionen in 8% der Fälle Hübners sicher vorhanden, bei 75% fehlten sie bestimmt, und die übrigen Fälle waren als fraglich zu bezeichnen bezw. zeigten auf sensible Reize allein noch Erweiterung.

Während der Beobachtung geschwunden sind die Reaktionen bei dem Material Hübners mit Bestimmtheit nur in einem Falle, der analog den Bumkeschen Kranken auch psychisch während der 7 Monate dauernden Beobachtungszeit erhebliche Rückschritte machte. Häufiger stieß er auf Kranke, die bei der ersten Untersuchung eine spurenweise, als fraglich bezeichnete Erweiterung darzubieten schienen, während weitere Prüfungen völliges Fehlen der Reaktionen erkennen ließen. Als bemerkenswert gegenüber den Befunden Bumkes erwähnt Hübner noch, daß es offenbar auch Fälle gibt, die bei gesicherter Diagnose, trotz längerer Zeit bestehender nicht geringer Demenz, die psychische und sensible Reaktion nicht verlieren. Er gibt den Rat, in Zukunft darauf zu achten, ob solche Fälle nicht im Beginn oder Verlauf ihres Leidens nach irgendeiner Richtung hin Besonderheiten bieten.

Eine Wiederkehr der einmal verlorenen Reflexe sah ebenso wie Bumke auch Hübner nicht.

Weiler[31]) studierte die Pupillenunruhe, die psychischen und sensiblen Reflexe an 126 Dementia-praecox-Fällen und kam zu folgenden Resultaten.

Eine sichere pathologische Veränderung auf psychische Reize war in 40% nachzuweisen, während bei weiteren 34% leichtere und diagnostisch nicht eindeutige Abweichungen vom normalen Verhalten sich fanden. Hält Weiler auch eine solche bloße Herabsetzung der Psychoreflexe nicht ohne weiteres für pathologisch, weil sie auch bei Gesunden gefunden wird, so ist doch erwähnenswert, daß er sie bei den an Dementia praecox Erkrankten viel häufiger gefunden hat als bei Gesunden. Die sensible Reaktion fehlte in 36% und war in 20% vermindert. Übereinstimmend mit Bumke sah er bei Kranken mit paranoider Demenz nur sehr selten ein Fehlen der Psychoreflexe und niemals eine Wiederkehr der einmal erloschenen Reflexe. Von größter Bedeutung erscheint außerdem noch die Angabe, daß er das Fehlen der Psychoreflexe gelegentlich schon in frühen, sonst diagnostisch noch nicht geklärten Stadien des Leidens beobachtete.

Sioli[26]) fand ein Fehlen der Bumkeschen Phänomene in 92% seiner 40 Dementia-praecox-Fälle. Übertrifft diese Zahl den von Bumke bezw. Hübner bezw. Weiler angegebenen Prozentsatz sehr erheblich, so liegt doch ein erklärendes Moment hierfür in der Verschiedenheit des untersuchten Materiales, worauf sowohl Bumke wie auch Weiler besonders hinweisen. Bumkes Fälle setzten sich zusammen aus den stationären Kranken der Freiburger Klinik. Hübners Material war gemischt aus akuten und chronischen einer Berliner Anstalt, Weilers Patienten waren die ganz frisch Erkrankten der Münchener Klinik und Sioli hat die chronischen Fälle der Provinzialanstalt Galkhausen untersucht. Auf ein besonderes erklärendes Moment, auf das weiter unten noch zurückzukommen sein wird, nämlich auf den verschiedenen Grad der zur Untersuchung verwendeten Lichtstärken, machte später Runge[12]) aufmerksam. Ganz abweichend von den Untersuchungsmethoden der bisher genannten Autoren untersuchte Pförtner[15]) im Dunkelzimmer bei seitlicher Beleuchtung mit bloßem un-



bewaffnetem Auge. Bumke untersuchte im Dunkelzimmer mit der Westienschen Lupe bei einer Lichtstärke von 7 Meterkerzen, die nach Bedarf auf 9 Meterkerzen erhöht wurde. Die Lichtquelle bestand in einer an der Decke angebrachten Auerlampe. Hübner untersuchte ebenso wie Sioli im Dunkelzimmer bei einer Lichtstärke von 7 Meterkerzen, die von einer 50 cm vom Auge entfernten, in einem Winkel von 45° angebrachten Lampe erzeugt wurde. Weiler untersuchte mit einem kompliziert gebauten Apparat mittels einer Lupe mit sehr langer Brennweite bei einer Beleuchtung von 20 bis 30 Meterkerzen, einem Apparat, den später auch Neussichin zu seinen Untersuchungen benutzte. Bumke, Weiler und Runge betonen, daß die Untersuchungen Pförtners nicht zum Vergleiche herangezogen werden können, weil bei einer Untersuchung ohne Vergrößerungsglas sich zahlreiche Beobachtungsfehler mit einschleichen können.

Pförtner fand nun unter 28 frischen Fällen die Pupillenunruhe und die Reaktion auf sensible und psychische Reize 16 mal ganz intakt. Von 40 alten Fällen zeigten 18 deutliche Pupillenunruhe, 17 mal lag diese sicher unter der Norm und 7 Untersuchungsergebnisse waren nicht einwandfrei. Pupillenunruhe läßt sich nach Bumke schlechterdings nicht beobachten mit freiem Auge.

Wassermeyer[13]) untersuchte die Pupillenunruhe, die psychischen und sensiblen Reflexe bei Tageslicht in den Mittagsstunden an hellen Tagen mit dem Zeißschen binokularen Mikroskop und kam dabei zu dem Resultate, daß nur in 15% seiner Dementia-praecox-Fälle die genannten Reaktionen „nicht mehr sicher nachzuweisen" waren. Auch in anderer Richtung wichen seine Befunde von denen Bumkes, Hübners, Weilers und Siolis ab, die erst später erwähnt werden sollen. Er sah nämlich unter 144 Soldaten bei 24 nur geringe Pupillenunruhe, bei 6 von diesen war auch nur geringe psychische Reaktion und bei einem völliges Fehlen der gesamten Phänomene festzustellen. Bumke schreibt: „Man braucht nur diese bei gesunden jungen Menschen erzielten Resultate mit den diametral entgegengesetzten Befunden von Weiler, Hübner und mir zu vergleichen, um zu erkennen, daß Wassermeyer durch seine Methodik irregeführt wurde." Bumke hatte schon in der ersten Auflage seines Buches wiederholt darauf hingewiesen, daß bei den Helligkeitsgraden, wie sie Wassermeyer benutzte, bei denen eine mittlere Pupillenweite von nur 3 bis 3,5 mm erzielt wird, Pupillenunruhe und Psychoreflexe überhaupt nicht studiert werden können.



Runge[12]) unterzog sich der Aufgabe einer vergleichenden Untersuchung nach den Methoden Bumkes bezw. Wassermeyers und fand bei der Untersuchungsart des letzteren, daß die Anzahl der fehlenden Reflexe dem Prozentsatz Wassermeyers vollkommen gleichkam, während er nach dem Bumkeschen Verfahren höhere Werte erzielte. Er sah unter 83 Fällen der Dementia-praecox-Gruppe eine pathologische Herabsetzung der psychischen Reflexe um rund 51%, und zwar ein Fehlen in 25%, eine Spur in 26%. Auch nach Runge waren am häufigsten die Reflexe bei der Dementia paranoides in normaler Weise vorhanden, bei schon verblödeten Katatonikern fehlten sie in der Regel und unter den Hebephrenischen wiesen gerade die Fälle eine pathologische Veränderung der Reflexe auf, bei denen es sich um alte Fälle handelte und bei denen eine ausgesprochene gemütliche Stumpfheit zutage trat. Daß das Symptom sich aber doch auch öfter frühzeitig zeigen kann, beweist der von Runge erwähnte Umstand, daß unter den Fällen mit pathologischer Veränderung der Reflexe sich 59% „frische", höchstens ein Jahr alte Fälle befanden. Entsprechend den Ergebnissen Bumkes, Hübners, Weilers und Pförtners, welche feststellten, daß die sensiblen Reflexe später ausbleiben als die psychischen, fand auch Runge das Fehlen der sensiblen Reflexe weit weniger häufig, nämlich nur in 30%.

Nach der Methodik Weilers untersuchte Neussichin 68 Fälle von Dementia praecox und fand die psychischen Reflexe erloschen in 26%, herabgesetzt oder fraglich in 57,7%.

Untenstehende Tabelle ermöglicht eine Übersicht der bei einwandfreier Methodik gefundenen Häufigkeit des Vorhandenseins bezw. Fehlens der Psychoreflexe bei der Dementia praecox.

Pupillenunruhe, Psychoreflexe und sensible Reflexe.

Autor	Fehlen %	gering oder? %	vorhanden %	Bemerkungen
Bumke	ca. 60	—	—	Stationäre Fälle einer Klinik
Hübner	75	17	8	Akute und chronische Kranke
Weiler	36	20	44	Frisch Erkrankte
Sioli	92	—	—	Nur chronische Fälle einer Provinzialanstalt
Neussichin	26	57,7	14,5	Frisch Erkrankte
Runge	51	26	23	Die Hälfte der Fälle frisch erkrankt

Zur Beurteilung der Bedeutung des Bumkeschen Phänomens (Fehlen der Psychoreflexe, der Pupillenunruhe und der sensiblen Pupillenreflexe) für die Diagnose der Dementia praecox ist natürlich die Kenntnis von dem sonstigen Vorkommen des genannten Phänomens unumgänglich notwendig. Nach Bumke fehlen da, wo sich reflektorische Lichtstarre findet, auch immer Psychoreflexe und sensible Erweiterung, bei alten Leuten nehmen diese Reaktionen an Intensität ab, beim pathologischen Senium schwinden sie häufig ganz und manche Imbezille, verblödete Epileptiker, kurz Schwachsinnige jeder Art zeigen nicht selten dasselbe Verhalten wie die Dementia-praecox-Kranken; gelegentlich fehlen die Psychoreflexe bei Paralytikern schon vor dem Verschwinden des Lichtreflexes. Damit sind alle Formen geistiger Erkrankungen genannt, bei denen Bumke das Symptom fand. Bei Gesunden sah Bumke nie ein Fehlen der Reaktionen.

Hübner fand das Symptom außer bei Dementia praecox bei einigen Imbezillen und Idioten, bei Paralytikern, Tabikern und Syphilitischen, wenn der Lichtreflex beeinträchtigt war. War in letzteren Fällen der Lichtreflex nur auf einer Seite beeinträchtigt, so fehlte auch das Bumkesche Symptom nur dieser Seite. Ferner fand Hübner das Symptom bei den meisten senil Dementen und bei drei geistesgesunden Frauen im Alter von 48, 51 und 56 Jahren. Auch Weiler sah das Fehlen des Bumkeschen Symptoms nur bei Paralyse und Tabes und bei seniler Demenz, bei welchen Krankheiten das Symptom auch unabhängig von der Lichtstarre vorkomme. Bei Gesunden, an manisch-depressivem Irresein und Hysterie Leidenden sah er niemals ein Fehlen der Pupillenunruhe, der psychischen und sensiblen Pupillenreaktion. Ebenso verhielten sich nach den Befunden Siolis die Pupillen seiner untersuchten 25 Geistesgesunden und der Manisch-Depressiven normal. Niemals konnte Runge ein völliges Fehlen des Bumkeschen Symptoms nachweisen bei (36) Gesunden, Neurasthenikern, Manischen und Melancholischen, dagegen fand es sich bei Paralyse, Tabes, Idiotie und Imbezillität, in einem Falle von epileptischer Demenz. Eine pathologische Beeinträchtigung der Reflexe sah er in einem Falle nach sehr großen Bromgaben und bei einem dementen Alkoholisten zugleich mit einer Beeinträchtigung des Lichtreflexes. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Provinzialheilanstalt Suttrop.** Infolge der bisherigen Bezeichnung der Anstalt sind bei den Ämtern Warstein und Altenrüthen fortgesetzt dadurch Weiterungen entstanden, daß amtliche, die Eingesessenen der Anstalt, namentlich die zahlreich hier befindlichen Heerespflichtigen betreffende Schriftstücke an das Amt in Warstein gerichtet worden sind, während das Amt Altenrüthen zuständig ist.

Zur Beseitigung dieser Unzuträglichkeiten hat der Herr Landeshauptmann der Provinz Westfalen bestimmt, daß die Provinzialheilanstalt Warstein zukünftig die Bezeichnung „Provinzialheilanstalt Suttrop, Post Warstein" führt.

Referate.

— **Über Störungen der Schweißsekretion bei Verwundungen des Nervensystems.** Von Prof. Dr. I. P. Karplus. Aus der Nervenheilanstalt Maria-Theresien-Schlössel in Wien. Wien klin. Wochenschr. 1916 Nr. 31.

1. Periphere Nerven. Hyperhydrosis kann bei der Verletzung eines einzelnen Extremitätsnerven geradezu das klinische Bild beherrschen.

K.s eigene Beobachtungen übereinstimmen im ganzen mit der Auffassung Diedens, wonach die Sensibilitätsstörung im wesentlichen maßgebend für die Schweißstörung ist. Er sieht in seinen eigenen Beobachtungen bei künstlicher Schweißsekretion eine Unterstützung der Annahme, daß die Schweißbahnen aus den gemischten Nerven mit den sensiblen Nervenzweigen zusammen zur Haut verlaufen.

Er hat in einem Falle von vollkommener Durchtrennung des Plexus brachialis mit vollkommener Lähmung und vollkommener Anästhesie noch drei Monate nach der Nervendurchtrennung Hyperhydrosis bei Pilokarpin-

injektion gesehen, während bei Wärmezufuhr die anästhetischen Partien vollkommen trocken blieben; im weiteren Verlaufe der Krankheit verlor sich auch die Übererregbarkeit für Pilokarpin und ging in eine ausgesprochene Untererregbarkeit über.

2. Halssympathikus. In 21 Fällen unter 23 Verletzungen des Halssympathikus deutliche, wenn auch oft nur leichte Störungen der Schweißsekretion. Elfmal war die Schweißsekretion herabgesetzt, sowohl spontan als bei allen Versuchen künstlicher Schweißerregung. Fünfmal bestand Hyperhydrosis spontan und bei reflektorisch wirkenden Schwitzmitteln, während bei Pilokarpin Hyperhydrosis auftrat. In fünf Fällen endlich bestand Hyperhydrosis sowohl spontan als bei jeder Art künstlicher Schweißerregung.

Die Schwere der Läsion schien einen ausschlaggebenden Einfluß zu haben. In den 18 Fällen mit leichterer Läsion trat bald verminderte, bald vermehrte Schweißsekretion auf. In den 5 Fällen mit schwerer Läsion hingegen war die Schweißsekretion sehr stark herabgesetzt oder vollkommen aufgehoben.

Die Schweißstörungen bei Verletzung des Halssympathikus verhalten sich genau so wie die bei Läsionen peripherer Nerven.

3. Rückenmark. Jede Rückenmarkseite leitet vorwiegend die Schweißimpulse ihrer Seite.

Bei den Dorsalmarkaffektionen mit spastischer Paraplegie der Beine wurde teils Fehlen jeder Schweißstörung angegeben (Dieden), teils Anhydrosis gefunden und auch das vollkommene Fehlen der Schweißsekretion bei Pilokarpininjektion wiederholt hervorgehoben (Higier, Bickeles und Gerstmann). Verf.s eigene Beobachtungen zeigten bei leichteren spastischen Lähmungen der Beine wiederholt eine ausgesprochene Hyperhydrosis der Beine und der unteren Rumpfhälfte, sowohl im spontanen Verhalten des Kranken als auch bei Anwendung zentral sowie peripher angreifender Schwitzmittel.

Leichtere Affektionen des Lumbosakralmarks und der Cauda equina können mit ausgesprochener Hyperhydrosis oder mit Herabsetzung der Schweißsekretion einhergehen, vollkommene Durchtrennungen führen immer auch zu schwerster Beeinträchtigung der Schweißsekretion. Die Verhältnisse gleichen auch hier wieder denjenigen bei der Affektion peripherer Nerven.

Bemerkenswert ist die bei spastischen Lähmungen nach Dorsalmarkverletzung beobachtete Anhydrosis spontan und bei Darreichung reflektorisch wirkender Mittel.

Es scheint zweifellos, daß das Rückenmark sowohl ein Zentralorgan für die Schweißsekretion ist, ein Zentralorgan mit segmentaler Gliederung, als auch anderseits ein Leitungsorgan.

4. Gehirn. Verf. sah neben manchen Fällen ohne jede Schweißstörung viele mit einer leichten Hyperhydrosis auf der Lähmungsseite. Dabei war das Schwitzen gerade im Verteilungsbereich des Halssympathikus wiederholt besonders stärk. Es schien aber keinen Unterschied zu machen, ob die Lähmung ausgesprochen oder angedeutet war, ob beide Extremitäten gelähmt waren oder nur eine. Er sah ganz dieselbe leichte Hyperhydrosis (sowohl im spontanen Verhalten des Kranken als auch bei Anwendung verschiedener künstlicher Schwitzmittel) auf der der Gehirnläsion gegenüberliegenden Seite in solchen Fällen, in denen wohl deutlich eine Läsion der Großhirnhemisphäre, aber nicht die geringste Andeutung einer Lähmung bestand.

Im Gegensatz zu den Läsionen der peripheren Nerven, des Halssympathikus, des Rückenmarks führen beim Gehirn starke und schwache Schädigungen der Großhirnhemisphäre, wenn sie überhaupt einen Einfluß auf die Schweißsekretion haben, immer nur zu einer leichten Hyperhydrosis (Wegfall einer in der Norm von Großhirn auf das Zwischenhirn ausgeübten Hemmung?). B.

Buchbesprechungen.

— von Scheurlen: Leitfaden der praktischen Desinfektion und Ungezieferbekämpfung. 2. Auflage. 114 S. Stuttgart 1916, W. Kohlhammer. Preis 1,40 M.

Das Buch enthält im I. Teil nach einer Einleitung die Bekanntmachung des Reichskanzlers betr. Desinfektionsanweisungen für gemeingefährliche Krankheiten vom 11. April 1907 (S. 3 bis 20), dann landesrechtliche Bestimmungen, insbesondere württembergische (S. 22 bis 31), im II. Teil nach einer Einleitung über Krankheitserreger eine Desinfektionslehre (S. 39 bis 69), im III. Teil nach einer Einleitung über Ungeziefer (69 bis 85) die Ungezieferbekämpfung (S. 85 bis 114).

Dieses 3. Kapitel ist eine besonders willkom[illegible] Ergänzung des Leitfadens, der im übrigen keiner beso[illegible] deren Empfehlung mehr bedarf. Bresler.

Therapeutisches.

— **Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen bei Geisteskranken.** Von Oberarzt Dr. Enge, Strecknitz bei Lübeck. Fortschr. d. Med. 1916/17 Nr. 17.

E. empfiehlt die Spuman-Styli des Luitpold-Werkes, chemisch-pharmazeutische Fabrik in München, wegen ihrer Einfachheit bei Entzündungen der Scheide und des Uterus und seiner Umgebung, auch zerfallenden inoperablen Tumoren. Die Anwendung geschieht ohne irgendwelche Instrumente. Zusammensetzung: Thymolresorcinformaldehyd 0,5%, Bismut. subgallic. 0,1%, Alum. acet. tartar. 1%, Hexamethylentetram. 1%, Acid. tartar. et Natron bic. (1 und 2). Günstige Erfolge sahen auch Prof. Birnbaum-Göttingen, Treburg, Caesar. B.

— **Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie.** Von J. Kyrle. W. kl. W. 1917 Nr. 22.

Unter Zuhilfenahme von künstlichem Fieber (durch öftere Injektion von 5 bis 15 ccm Milch) neben relativ geringen Quecksilbermengen (Hydrargyrum salicyl.) erzielte K. bei sekundärer Lues durchaus befriedigende Resultate; ob sie von Dauer, müsse weitere Erfahrung lehren. Pilcz und Mattauschek fanden bekanntlich, daß bei fieberhaften Erkrankungen im Sekundärstadium der Lues Paralyse ausbleibt. B.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 25. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Wir brauchen Bücher!



Spendet Geld!

Aufruf!

Unsere deutschen Brüder stehen, zum letzten entscheidenden Schlage ausholend, am Ende des dritten Kriegsjahres im Felde. Das Siegfriedschwert in der Faust darf nicht zucken, wenn es gilt, heimtückische Feinde vom heimatlichen Boden fernzuhalten. Nur stahlharter Wille, getragen von siegesfroher Zuversicht, vermag diese Riesenarbeit zu leisten.

Der Daheimgebliebenen Pflicht ist es, dazu beizutragen, daß der Geist unserer Truppen in langer, ermüdender Kriegsarbeit frisch bleibe. Bücher sind Freunde und bedeuten für unser Heer und unsere Flotte eine geistige Macht. Das Buch, das im Schützengraben, an Bord oder im Lazarett gelesen wird, ist mehr als ein bloßes Mittel zur Unterhaltung und Zeitverkürzung: es schlägt Brücken zu der Welt, die zurzeit für den Soldaten nicht da ist, die aber das Ziel seiner Sehnsucht ist. In Erzählung und Belehrung, in Scherz und Ernst will das Buch die Herzen erquicken, die trüben Gedanken verscheuchen, Schützengrabeneinsamkeit und Lazarettruhe verschönen. So sind Bücher Waffen, die den Mut stärken, und Mut ist Sieg.

Viele Millionen Bücher sind hinausgesandt, aber tausendfach tönt uns der Ruf nach Lesestoff von den höchsten Kommandostellen bis zum schlichten Soldaten entgegen.

Für die Millionenheere sind Millionen Bücher erforderlich. Darum bitten wir um **Geldbeiträge** für eine

Deutsche Volksspende
zum Ankauf von Lesestoff für Heer und Flotte.

Gehören doch Bücher zu den wertvollsten Gaben, die heimatliche Liebe jetzt noch spenden kann.

Helft uns, daß wir schöpfen können aus dem Born, der im Volk der Dichter und Denker aus den Tiefen des deutschen Gemütes quillt. Gebt alle und reichlich für die Tapferen, Treuen, die mit Blut und Eisen uns und das Unsrige, Volk und Vaterland verteidigen!

Der Ehrenpräsident:

von Hindenburg
Generalfeldmarschall.

Der Ehrenausschuß:

v. Trott zu Solz, Minister der geistl. und Unterrichtsangelegenheiten. **v. Loebell**, Minister des Innern. **v. Stein**, Kgl. Preußischer Kriegsminister. **v. Capelle**, Staatssekretär des Reichsmarineamts. **von Holtzendorff**, Chef des Admiralstabes der Marine. **Ludendorff**, Erster Generalquartiermeister. **Admiral Scheer**, Chef der Hochseestreitkräfte. **Fürst von Hatzfeld, Herzog zu Trachenberg**, Kaiserlicher Kommissar und Militär-Inspekteur der freiwilligen Krankenpflege. **A. m. W. d. v. Schjerning**, Generalstabsarzt der Armee und Chef des Feld-Sanitätswesens. Wirkl. Geh. Rat **Dr. Kaempf**, Präsident des Reichstags. **Graf Arnim-Boitzenburg**, Präs. des Herrenhauses. **Dr. Graf Schwerin-Löwitz**, Wirkl. Geh. Rat, Präs. des Abgeordnetenhauses. Wirkl. Geh. Rat **D. Voigts**, Präsident des Evangelischen Oberkirchenrats. **Adolf Bertram**, Fürstbischof von Breslau. Geh. Reg.-Rat **Dr. Pieck**, Mitglied des Vorstandes der Jüd. Gemeinde. **D. Wölfing**, Evang. Feldpropst der Armee. **Dr. Joeppen**, Kathol. Feldpropst der Armee. **Wirkl. Geh. Rat Prof. D. Dr. v. Harnack**, Generaldirektor der Kgl. Bibliotheken. **Wirkl. Geh. Rat Dr. Havenstein**, Präsident der Reichsbank. General der Kavallerie z. D. **v. Pfuel**, Vorsitzender des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz. **Gräfin Wilhelm Gröben**, Vorsitzende des Hauptvorstandes des Vaterländischen Frauenvereins.

Gesamtausschuß zur Verteilung von Lesestoff im Felde und in den Lazaretten.

(Abt. 19 des Zentralkomitees der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz.)



1. Auf Zahlkarte können von jedermann an den Inhaber eines Postscheckkontos Beträge in unbeschränkter Höhe bei den Postanstalten eingezahlt werden. Die Zahlkartengebühr hat der Kontoinhaber zu entrichten. Sie beträgt bis 25 ℳ .... 5 Pf., über 25 ℳ .... 10 Pf.

2. Die Zahlkarte ist in allen drei Teilen dem Vordruck entsprechend auszufüllen. Außer der Kontonummer ist die genaue Adresse des Kontoinhabers (nach Namen, Stand oder Gewerbe und Wohnort) sowie das Postscheckamt anzugeben. Die Kontonummer ist besonders deutlich zu schreiben.

Posteinlieferungschein

([illegible] zu Mitteilungen für den Empfänger zu benutzen)

Aufgabestempel

eingezahlt am .... auf

Konto Nr. **31667**

Postscheckamt **Berlin NW 7**

.... Mark ...... Pf.

Absender (Name und Wohnort): ....

Für die deutsche Volksspende zum Ankauf von Lesestoff für Heer und Flotte.

Das Postscheckamt übersendet diesen Abschnitt dem Postscheckkunden

Absender: ....

Zahlkarte

auf .... Mark ...... Pf.

Zu wiederholen (die Mark in Buchstaben):

Mark Pf.

zur Gutschrift auf das Konto Nr. **31667**
(Konto genau bezeichnen)

Gesamtausschuß zur Verteilung von Lesestoff im Felde und in den Lazaretten, Abt. 19 des Zentralkomitees der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, Berlin NW 7

beim Postscheckamt in **Berlin NW 7**

Aufgabestempel

Postvermerk Nr. — eingetragen durch: — am .... — Ankunfts-Nr.

Posteinlieferungschein

(vom Einzahler auszufüllen)

(Die Mark in Buchstaben anzugeben)

Mark Pf.

zur Gutschrift auf das Konto Nr. **31667**

Gesamtausschuß zur Verteilung von Lesestoff im Felde und in den Lazaretten, Abt. 19 des Zentralkomitees der Deutschen Vereine vom Roten Kreuz, Berlin NW 7

beim Postscheckamt in **Berlin NW 7**

Postannahme ....

Postvermerk — Aufgabenummer

[illegible]stempel

[P]sychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

[N]r. 25. 15. September **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
[Bezugs]preis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Absender:

[Inh]alt:

[Di]e diagnostische Bedeutung von Pupillenstörungen bei Dementia praecox.

Von Dr. **Adolf Fuchs,** K. Anstaltsarzt an den Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren.

(Schluß.)

Um zu einem abschließenden Urteil zu kommen, [seie]n die Schlüsse, welche die einzelnen Autoren [au]s ihren Resultaten gezogen haben, angeführt. [Bu]mke: Die für die Dementia praecox patho[gn]omonische Pupillenanomalie ist das Fehlen der [Pu]pillenunruhe, der Psychoreflexe und der reflek[tor]ischen Erweiterung auf sensible Reize bei er[ha]ltenem Lichtreflex. Dieses Symptom ist da, wo [es] einmal vorhanden ist, stets nachzuweisen; es [ko]mmt gelegentlich schon in frühen Stadien des [L]eidens zur Entwicklung, findet sich auf der Höhe [d]er Krankheit in mehr als der Hälfte der Fälle und [fe]hlt fast niemals bei tief verblödeten Kranken. [B]ei dieser Entwicklung geht die Pupillenerweite[ru]ng auf sensible Reize später verloren als die Pu[p]illenunruhe und die Psychoreflexe. Die diagno[s]tische Bedeutung des Krankheitszeichens beruht [d]arauf, daß es außer bei der Dementia praecox nur [n]och bei anderen durch schwere organische Ge[h]irnveränderung bedingten Verblödungsprozessen, [n]iemals aber bei Gesunden, beim manisch-depres[s]iven Irresein oder bei sonstigen funktionellen Gei[s]teskrankheiten vorkommt.

Hübner: Fehlen Pupillenunruhe (und psy[c]hische Reaktion) und sensible Reaktion bei erhaltenem oder gar schießendem Lichtreflex und prompter Konvergenzverengerung, so spricht das für Dementia praecox. Fehlt nur die Pupillenunruhe bei noch vorhandenem Lichtreflex und erhaltener sensibler Reaktion, so erweckt das den Verdacht einer organischen Gehirnerkrankung (Tabes, Paralyse, Lues).

Weiler: Meines Erachtens darf man das Bumkesche Symptom in seiner vollen Ausbildung als geradezu pathognomonisch für diese Krankheitsform (Dementia praecox) erachten, wenn eine sonst organische Hirnkrankheit ausgeschlossen werden kann. Jedenfalls konnte ich bisher weder bei Gesunden, noch bei Psychopathen, Hysterischen, Epileptischen, Alkoholisten und Manisch-Depressiven ein Erloschensein der psychischen Reflexe feststellen.

Runge: Differentialdiagnostisch (für Dementia praecox) sehr wichtig erscheint der Nachweis des Bumkeschen Symptoms gegenüber einer in Erwägung zu ziehenden Manie oder Melancholie, bei denen ein Fehlen oder eine pathologische Herabsetzung der Unruhe und Erweiterungsreflexe bisher nicht nachgewiesen werden.

Das Bumkesche Symptom in seiner vollen Ausbildung ist sonach für die Diagnose der Dementia praecox von hoher Bedeutung. Mit Ausnahme dieser Krankheitsform findet es sich nur noch bei einigen mit schweren Verblödungsprozessen einhergehenden organischen Gehirnveränderungen, welche sich differentialdiagnostisch von der Dementia praecox abgrenzen lassen. Bei Gesunden wurde es bisher nur bei Frauen jenseits des Klimakteriums gefunden, ein Zeitalter, das für die Erkennung der Dementia praecox auch in ihren spät einsetzenden paranoiden Formen nicht mehr in Betracht kommt. Wenn dem Symptom auch im allgemeinen nicht der Wert eines



Frühsymptoms zukommt, so kamen doch eine Reihe von Fällen zur Beobachtung, bei denen die genannten Pupillenveränderungen anderen katatonischen Krankheitszeichen längere Zeit vorausgingen, bei denen sie sich schon im Beginn des Krankheitsprozesses nachweisen ließen. Innerhalb der einzelnen Formen der Dementia praecox fällt das seltene Vorkommen des Bumkeschen Symptomes bei der paranoiden Demenz auf. Inwieweit hierin vielleicht eine Abgrenzungsmöglichkeit von Paraphrenie und Dementia praecox paranoides zu erblicken sein wird, muß erst die Zukunft noch lehren.

Ein anderes für die Dementia praecox eigenes Pupillenphänomen beschrieb A. Westphal[30]), nämlich die katatonische Pupillenstarre. Westphal will darunter „die vorübergehende Aufhebung der Licht- und Konvergenzreaktion" verstehen, welche in der Regel mit Formveränderungen Hand in Hand geht. Im Gegensatze zum dauernd vorhandenen Bumkeschen Symptom ist für die katatonische Pupillenstarre gerade die Flüchtigkeit des Auftretens typisch.

Den Namen katatonische Pupillenstarre erhielt das Phänomen, weil es sich mit wenigen Ausnahmen um Fälle handelt, welche monate- bis jahrelang unbeweglich, stumm, starr und steif wie Wachsfiguren in ihren Betten liegen und die so vielfach beschriebenen Symptome der Katatonie in vollster Ausbildung und in den mannigfachsten Variationen zeigen. Die Pupillen, welche die katatonische Starre aufweisen, sind in der Regel stark erweitert oder stark verengt, sie kommt indessen auch bei mittelweiten Pupillen vor. „Wiederholt konnten wir während intensiver Beleuchtung plötzlich maximale Pupillenerweiterung nach Art der sogenannten paradoxen Pupillenreaktion konstatieren, die mitunter ganz unvermittelt in Miosis übergeht." „Die Formveränderungen der katatonischen starren Pupille sind mannigfaltigster Art. Die Pupillen nehmen häufig die Form eines quer, vertikal oder schräg gestellten Ovals an, so daß bei den Verziehungen miotischer Pupillen dann mitunter nur ein ganz schmaler Spalt, ähnlich der Form der belichteten Pupille einer Katze, sichtbar bleibt; in anderen Fällen findet man nur leichte Ausziehungen der Ausbuchtungen des Pupillenrandes." Diese Veränderungen finden sich häufig auf der einen Seite in stärkerer Ausbildung als auf der anderen.

Katatonische Pupillenstarre findet sich relativ selten.

A. Westphal[30]) selbst sah sie nur in 18 Fällen (bis 1909), Knapp[5]) beobachtete sie einmal bei einem Hebephrenen, Hübner[8]) konnte sie nur in „exzessiv seltenen Fällen" feststellen, E. Meyer[7]) machte nur einen typischen Fall ausfindig. Bumke[1]), Weiler[31]) und Pförtner[15]) sahen noch keine katatonisch starre Pupille. Sioli[36]) konnte sich in fünf Fällen von dem Wert des Phänomens überzeugen und auch Räcke[9]) sah es bei stuporösen Katatonikern; Reichmann[4]) wies bei acht Kranken die katatonische Pupillenstarre nach.

Wenn die katatonische Pupillenstarre auch vorwiegend bei vorgeschrittenen Fällen zur Beobachtung kommt, so ließ sie sich doch auch schon gelegentlich zu Beginn der Erkrankung nachweisen.

Es kommt sonach der katatonischen Pupillenstarre trotz ihrer relativen Seltenheit ein bedeutender diagnostischer Wert zu.

Ihr Vorhandensein gestattet die differential-diagnostische Unterscheidung von Stuporzuständen des manisch-depressiven Irreseins, welche mit den depressiven Zustandsbildern der beginnenden Dementia praecox häufig eine so starke Ähnlichkeit haben, daß oft erst nach langer Zeit der weitere Verlauf die Diagnose sicherstellt. Des ferneren schließt das Vorhandensein des Phänomens mit Sicherheit die Annahme einer Simulation aus, was um so wichtiger erscheint, als gerade die Stuporzustände zu den am meisten vorgetäuschten Krankheitsbildern gehört.

E. Meyer[6]) beschrieb 7 Beobachtungen bei Dementia praecox, welche mit den Befunden A. Westphals eine gewisse Ähnlichkeit zeigen. „Bei Druck auf die Iliakalpunkte erweitern sich die Pupillen maximal und bleiben starr auf Lichteinfall. Läßt der Druck nach, so verengern sie sich sofort und reagieren wie sonst auf Licht". Auch Runge[12]) konnte durch Druck auf die Iliakalpunkte in zwei Fällen ein deutliches Trägerwerden der Lichtreaktion erzielen. Er schreibt anknüpfend an diese Befunde, die Erscheinungen müßten aber noch bei Gesunden ausgiebig nachgeprüft werden, ehe daraus bestimmte Schlüsse auf das Krankheitsbild selbst gezogen werden können.

Reichmann[4]) prüfte bei 250 an Dementia



praecox Erkrankten die Angaben Meyers nach und fand 113 mal Pupillendilatation nach Ovarialdruck, 14 mal mit aufgehobener, 25 mal mit herabgesetzter Lichtreaktion, während sie bei 76,9% aller Hysteriker zwar deutliche Ovarie mit Pupillenerweiterung, jedoch niemals eine Beeinträchtigung der Lichtreaktion nachweisen konnte. Breiger[14]) sah einmal während des Iliakaldruckes eine Pupillenstarre.

Reichmann untersuchte, um den Einfluß des Ovarialdruckes als den eines schmerzauslösenden Reizes kennen zu lernen, 23 frisch operierte oder frisch entbundene Patientinnen mit lokaler Schmerzempfindung. Zwölfmal trat eine Dilatation der Pupillen auf Ovarialdruck ein, jedoch stets, wie bei den Hysterischen, ohne Herabsetzung der Lichtreaktion.

Ja selbst irgendeine körperliche Anspannung, z. B. einfacher Händedruck, genügt oft, um eine Störung der Lichtreaktion hervorzurufen (A. Westphal, Winter). Doch liegen hierüber noch nicht genügend Beobachtungen vor, um von einer diagnostischen Bedeutung dieser Pupillenstörungen sprechen zu können. Doch scheint bisher außer bei Dementia praecox eine Pupillenstarre bei Iliakaldruck noch nicht beobachtet worden zu sein.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß bei Dementia praecox bisher ein abweichendes Verhalten von der Norm bei der Einwirkung chemischer Reize (Atropin, Homatropin, Pilokarpin, Ensin und Kokain) nicht festzustellen war (Bumke.[1])

Die Piltzsche neurotonische Pupillenreaktion, nämlich das Nachdauern der Pupillenverengerung, sah A. Westphal einmal, Winter in zwei Fällen.

Fassen wir alle Beobachtungen zusammen, so läßt sich sagen:

Von der großen Anzahl der Pupillenstörungen bei Dementia praecox kommen von den Störungen als solchen eine diagnostische Bedeutung nur zu dem vollentwickelten Bumkeschen Symptom und der A. Westphalschen katatonischen Pupillenstarre. Inwieweit die Pupillenstarre auf Iliakaldruck (E. Meyer) für die Dementia praecox pathognomonisch ist, läßt sich heute noch nicht mit Bestimmtheit behaupten. Der isolierten reflektorischen Pupillenstarre kommt ein diagnostischer Wert in negativem Sinne zu.

Wenn auch die anderen Pupillenstörungen, wie die durchschnittlich größere Weite der Pupillen, die Pupillendifferenz, die Änderungen der Pupillenform, die Trägheit der Lichtreaktion, an sich, wie schon erwähnt, diagnostisch nicht verwertbar sind, so zeichnen sie sich doch in ihrer Gesamtheit durch ein gemeinsames Merkmal aus: das ist hre Unbeständigkeit, ihr rascher Wechsel. Hierin scheint mir ihr differentialdiagnosischer Wert gegenüber der Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins zu liegen, bei dem derartige Störungen nicht zur Beobachtung kommen.

Schließlich wird man wohl auch berechtigt sein, eine pathologische Herabsetzung der Pupillenunruhe, der psychischen und sensiblen Reflexe als differentialdiagnostisches Hilfsmittel für die Erkennung der Dementia praecox heranzuziehen. Denn eine Herabsetzung der genannten Reaktionen wird bei Gesunden nur äußerst selten, bei Dementia-praecox-Fällen dagegen sehr häufig gefunden.

Literatur-Verzeichnis.

1. O. Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. 2. Auflage. Jena 1911, Fischer.
2. E. Kraepelin, Psychiatrie. 8. Auflage, Band 1 und 3. Leipzig 1909 bezw. 1913, Barth.
3. W. Fuchs, Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift 1910/11 Nr. 35.
4. F. Reichmann, Über Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde Bd. 53 Heft 1.
5. A. Knapp, Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. Ebenda, Bd. 42 Heft 2.
6. E. Meyer, Weiteres zu den Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. 1912 S. 483, Leipzig.
7. — Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. Allgem. Zeitschr. f. Psychatrie Bd. 66 H. 5.
8. A. Hübner, Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize, nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über Pupillenreaktionen. Archiv f. Psychatrie und Nervenheilk. Bd. 41 H. 3.
9. Räcke, Zur Prognose der Katatonie. Ebenda, Bd. 47 H. 1.



10. M. E. Zablocka, Zur Prognosenstellung bei der Dementia praecox. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 65 H. 3.
11. Weiler, Pupillenuntersuchungen bei Geisteskrankheiten. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1906/07 Nr. 6.
12. Runge, Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken und Gesunden. Archiv für Psych. u. Nervenheilk. Bd. 51 H. 3.
13. Wassermeyer, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. Ebenda, Bd. 43 H. 1.
14. E. Breiger, Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Med. Klinik 1915 Nr. 4 und 5.
15. Pförtner, Die körperlichen Symptome beim Jugendirresein. Monatschrift f. Neurologie und Psychiatrie Bd. 28 S. 208.
16. E. Meyer, Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Berl. klin. Wochenschr. 1910 S. 1813.
17. G. Aschaffenburg, Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Handbuch der Psychiatrie. Allgemeiner Teil, Bd. 3. Leipzig u. Wien 1915, Deutike.
18. Beard, Die Nervenschwäche. Zitiert nach 12.
19. Blin, Les troubles oculaires dans la demence précoce. Nach dem Referat im Neurol. Zentralbl. 1905 S. 1806.
20. Raecke, Pupillenungleichheit. Deutsche medizin. Wochenschrift 1893 Nr. 23.
21. Bach, Pupillenlehre. Berlin 1908, Karger.
22. J. Michel, Die körperlichen Störungen bei der Dementia praecox. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1913/14 Nr. 29 bis 33.
23. O. Bumke, Über die Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 51.
24. J. Piltz, Über den diagnostischen Wert der Unregelmäßigkeiten des Pupillenrandes bei den sogen. organischen Nervenkrankheiten. Neurol. Zentralbl. 1903 S. 662.
25. W. Fuchs, Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1911/12 Nr. 18.
26. — Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Ebenda, 1910/11 Nr. 34.
27. — Reflektorische Pupillenstarre bei Dementia praecox. Ebenda, Nr. 35.
28. Dide und Assicot, Signes oculaires dans la demence précoce. Nach dem Referat im Neurol. Zentralbl. 1905 S. 1086.
29. Tyson und Clack, Augensymptome bei Dementia praecox. Referiert nach Allgem. Zeitschr. f. Psych. Referatenteil 1909 S. 132.
30. A. Westphal, Über Pupillenstörungen bei Hysterie und Katatonie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67 S. 328.
31. — Weitere Beobachtungen über im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene. Deutsche med. Wochenschr. 1909 Nr. 23.
32. Weiler, Untersuchungen der Pupille und der Irisbewegungen beim Menschen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 10 H. 2.
33. Roubaix, Les symptomes médullaires dans la démence précoce. Ref. nach Schmids Jahrbücher 1907 S. 57.
34. Neussichin, Über das Bumkesche Phänomen bei der Dementia praecox. Dissertat. Heidelberg 1910.
35. J. Piltz, Über neue Pupillenphänomene. Neurol. Zentralbl. 1899 S. 248.
36. Sioli, Über die Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie und die Pupillenunruhe und sensible Reaktion bei Dementia praecox. Ebenda 1910 S. 520.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

B. Psychiatrischer und neurologischer Teil. (Fortsetzung.)

H. Berger (Jena) bearbeitete das Thema „Trauma und Psychose mit besonderer Berücksichtigung der Unfallbegutachtung" in einer großen Monographie. (Berlin 1915, Verlag von Julius Springer. 208 Seiten.)

Zusammengestellt sind 100 Fälle von psychischen Erkrankungen, meist nach einem Betriebsunfall, außerdem aus dem Material von neun großen Berufsgenossenschaften 152 zur Begutachtung gekommene und abgeschlossene Fälle von Psychosen nach Unfall, ferner 136 Fälle aus der Literatur.

Unter Berücksichtigung der praktischen Fragestellungen der Unfallgesetzgebung unterscheidet er fünf verschiedene ursächliche Beziehungen zwischen einem Betriebsunfall oder allgemeiner einem Trauma überhaupt und einer geistigen Erkrankung:

Erstens: das Trauma ist die alleinige Ursache der ausbrechenden Psychose, wie das z. B. bei schweren mit Gehirnschädigungen einhergehenden Schädelverletzungen nicht so selten der Fall zu sein pflegt.

Zweitens kann das Trauma einen durch erbliche Anlage oder vielleicht andere, exogene Umstände für eine psychische Erkrankung bereits veranlagten Menschen treffen und bei der schon bestehenden Prädisposition die Geisteskrankheit zum Ausbruch bringen.

Drittens kann das Trauma nur eine Anlage, eine Prädisposition für eine spätere psychische Erkran-



Die neue Kriegsanleihe

muß

erfolgreich sein — sonst ermutigen wir England weiterzukämpfen! — Sie

kann

erfolgreich sein — denn es ist Geld genug im Lande! Und sie

wird

erfolgreich sein — wenn jeder handelt, als ob von ihm allein alles abhinge!

BERNHARD

kung schaffen, welche erst bei dem Hinzukommen weiterer Schädlichkeiten wirklich in Erscheinung tritt.

Viertens kann das Trauma eine schon bestehende Psychose verschlimmern,

und endlich fünftens kann das Trauma die Folge einer schon bestehenden Geisteskrankheit sein.

Bei den mittelbaren Unfallfolgen sind auch nicht zu vergessen die sich gewissermaßen normalerweise einstellenden Folgewirkungen eines schweren Betriebsunfalles, besonders die veränderten Lebensbedingungen des Betroffenen, die durch die Erkrankung erzwungene Untätigkeit und nicht zum wenigsten auch die durch eine veränderte pekuniäre Lage der Familie verschlechterte Ernährung und die Verleitung zum Alkoholgenuß.

Die Übergänge einer Hirnerschütterung zu einer Hirnquetschung sind fließende und sehr oft kommen beide nebeneinander vor. Die Art der anatomischen Veränderungen bei einer Commotio cerebri kann von mikroskopischen Veränderungen von Nervenfasern mit oder ohne Degeneration von Nervenzellen zu mikroskopischen und makroskopischen Quetschungen, und zwar mit und ohne Blutungen übergehen.

In einem Falle wurde ein geheilter Schädelbruch bei der Leichenöffnung eines an einer anderen Krankheit verstorbenen Rentenempfängers gefunden, dessen Leiden immer als leichter Fall einer traumatischen Neurose aufgefaßt worden war. Gelegentlich kommt es zu Kalluswucherungen an der Bruchstelle und infolgedessen zu einem Druck auf Nervenstämme, zuweilen mit sekundärer Degeneration derselben.

Eine irrige Auffassung ist nach Berger die, daß eine Gehirnverletzung nicht vorgelegen habe oder dieselbe doch keine ernstere gewesen sein könne, weil am Schädel nichts zu sehen sei. Gerade das Umgekehrte sei richtig: Eine Gewalt, die den Schädel trifft und an der Stelle ihres Auftreffens eine lokale Knochenverletzung hervorruft, erschöpft sich dabei und wirkt weniger auf den Schädel als Ganzes und das eingeschlossene Gehirn ein.

Gelegentlich fand sich nach Schädelbrüchen Blut in der Spinalflüssigkeit bei der Lumbalpunktion, ferner etwa in der Hälfte der Fälle von nervösen Störungen nach Schädelverletzungen eine jahrelang anhaltende, zum Teil sehr erhebliche Steigerung des Druckes der Spinalflüssigkeit — bis zu 480 mm Wasser in einem Falle von Weitz. Aber das Fehlen der Drucksteigerung spricht keineswegs gegen eine organische Verletzung, und man findet auch ohne vorangegangene Schädelverletzung eine Erhöhung des spinalen Druckes bei Anämie, Alkoholismus, Nephritis und Arteriosklerose, geringe Steigerungen auch gelegentlich bei einfacher Neurasthenie und Hysterie. Man ist nicht ohne weiteres berechtigt, bei einer etwaigen Begutachtung eine Spinalpunktion vorzunehmen. Nach überstandener Gehirnerschütterung können als einziges Ausfallssymptom Pupillenstörungen dauernd zurückbleiben.

Hirnerschütterung oder andere schwere Hirnschädigungen können sich auch einstellen, wenn das Trauma als solches den Schädel gar nicht getroffen hat, z. B. bei Verletzung des Unterkiefers durch Fall auf denselben, bei Fall auf das Gesäß, wobei unter Umständen die Wirbelsäule so in den Schädel hineingetrieben werden kann, daß die Umgebung des Foramen magnum ringförmig einbricht.

Es ist unmöglich, im einzelnen Falle ohne Sektion eine Entscheidung über die etwaige Verletzung dieses oder jenes, nicht mit bestimmten Ausfallserscheinungen bei seiner Zerstörung einhergehenden Gehirnteiles zu treffen, besonders da Quetschherde und Blutungen an mehreren Stellen gleichzeitig sich einstellen können. Selbst Leichenöffnung, wenn nur makroskopisch ausgeführt, reicht zur Entscheidung dieser Frage nicht aus, da nur mikroskopisch zerstörte Herde mit zugrunde gegangenem Nervengewebe vorliegen können.

Geisteskrankheit nach Schädeltrauma kann zustandekommen durch Schädigung der Gehirngefäße oder durch Störung des Einflusses des Gehirns auf den Gesamtstoffwechsel und rückwirkend auf die Hirnrinde, wahrscheinlich aber auf verschiedenen Wegen gleichzeitig.

Bei Schädelverletzungen braucht keine Hirnerschütterung vorzuliegen und kann doch der ursächliche Zusammenhang mit einer Psychose gegeben sein, während in anderen Fällen eine Verletzung mit schweren klinischen Hirnerscheinungen keineswegs zur Psychose führen muß. Die Forderung, daß ein stetiger Zusammenhang zwischen dem Trauma und der späteren Psychose in jedem Falle nachweisbar sein müsse, läßt sich nach Berger nicht ganz aufrecht erhalten. Es gibt Fälle, bei denen solche Brückensymptome fehlen.

Berger erinnert, daß Gall auch von eine die Hirnleistungen verbessernde Wirkung schwerer Schädeltraume berichtet (z. B. bei dem Fall Mabillon, welcher bi zu seinem 18. Lebensjahre weder lesen noch schrei ben und kaum sprechen konnte und nach einen Sturz mit nachfolgender Trepanation sich rasch ent wickelte und eine hervorragende geistige Begabun zeigte).

Traumatische Epilepsie kann nach einer schwe ren Schädelverletzung noch nach Jahr und Tag sic

einstellen, die Auslösung der genuinen Epilepsie aber tritt sehr bald, spätestens innerhalb eines Jahres nach der nicht unerheblichen Kopfverletzung usw. in Erscheinung.

Es ist oft schwer die Grenze zu ziehen, wo eine, nach Betriebsunfall entstandene Erkrankung aufhört eine Neurose zu sein und zu einer Psychose geworden ist; der Übergang ist oft ganz fließend und infolgedessen unmerklich. Daher sollte zur Beurteilung von Schädeltraumen mit Gehirnerschütterungen noch öfter und eher, wie bisher geschieht, ein Psychiater herangezogen werden, und ein Zusammenarbeiten des Psychiaters und Chirurgen stattfinden. Durch rechtzeitige psychiatrische Untersuchung ließe es sich vermeiden, daß, wie leider nicht selten und immer wieder, die Verletzten, welche geistige Störungen darbieten, für Simulanten gehalten werden. Manche der Schwerverletzten wurden infolge ihres taumelnden Ganges nach einem Schädeltrauma für Alkoholisten angesehen und ganz falsch beurteilt. „Daß der in rücksichtsloser Weise geäußerte Verdacht, daß der Untersuchte überhaupt nicht krank sei, wie er vorgebe, und Krankheitserscheinungen vortäusche, einen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf mancher Unfallneurose und Psychose ausüben kann, wurde auch schon hervorgehoben, indem dadurch, wie Leppmann so treffend sagt, dem Verunglückten ein Kampf um sein gutes Recht nicht selten aufgenötigt wird." Es wird viel zu viel Simulation angenommen und vor allem in der ganzen Simulationsfrage meist ein falscher Standpunkt vertreten. Es handele sich nicht, wie gewöhnlich die Frage gestellt wird, darum, ob Psychose oder Simulation vorliege, sondern darum, ob Psychose, reine Simulation oder drittens Psychose + Simulation besteht. Berger hat überhaupt nicht jenen trostlosen Eindruck, den manche Schriftsteller haben, die sich viel mit Unfallneurosen beschäftigten, gewonnen, daß man nämlich auf Schritt und Tritt mit der Vortäuschung von Krankheitserscheinungen rechnen müsse.

Es kommt gar nicht selten vor, daß erst nach einer Zeit des Wohlbefindens sich die geistigen Veränderungen einstellen. „Es können fast alle uns bekannten funktionellen und organischen Psychosen durch einen Unfall und zwar vorwiegend, jedoch nicht ausschließlich einen solchen, der eine Gehirnverletzung feinerer oder gröberer Art gesetzt hat, unter Umständen ausgelöst oder ungünstig beeinflußt werden." Die verschiedenen Formen der geistigen Erkrankungen auf 100 nach Betriebsunfällen auftretenden Psychosen verteilen sich wie folgt:

Kommotionspsychosen 9, traumatische Demenz 17, traumatische Epilepsie 18, Reflexepilepsie 0,4, genuine Epilepsie 3, Alkoholpsychosen 5, Dementia paralytica 3, Lues cerebri 0,6, Arteriosclerosis cerebri 4, Dementia senilis 1, Dementia praecox 2, hypochondrische Form der traumatischen Neurasthenie 10, Hysterie 10, Melancholie 8, manisch-depressives Irresein 2, Paranoia 3, halluzinatorische Verwirrtheit, Erschöpfungspsychosen und postoperative Psychosen 2, Schreckpsychosen 0,2, Psychosen nach Blitzschlag usw. 0,6, Psychosen nach Hitzschlag 0,2, Psychosen nach Kohlenoxydvergiftungen 1.

Nach Kurt Goldstein und Frieda Reichmann (Beiträge zur Kasuistik und Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen im besonderen zu den Störungen der Bewegungen, der Gewichts-, Raum- und Zeitschätzung; Archiv für Psychiatrie Bd. 56 Heft 2) haben wir neben Kleinhirnerkrankungen, die durch Defekte des Kleinhirns bedingt sind, wahrscheinlich erstens solche zu unterscheiden, die durch eine Reizung des Kleinhirns entstehen. Das Bild des Kleinhirndefektes entspricht dem bekannten Bilde der Kleinhirnerkrankung; das der Reizung ist charakterisiert durch eine Überschätzung der Gewichte, der räumlichen Größen, der Zeit (?), abnormes Schwergefühl, Pseudospontanbewegungen, Abweichung beim Zeigeversuch bei erhaltener Erregbarkeit der in Betracht kommenden Kleinhirnzentren, übernormale Reaktion bei labyrinthärer Reizung, Adiadochokinesis, Kontraktionsnachdauer, verlängerte motorische Reaktionszeit, Erhöhung der Unterschiedschwelle für Druckreize, Störung der Muskelempfindungen usw. Dieses Krankheitsbild ist bisher mehr hypothetischer Natur und bedarf der gründlichen Erforschung.

Es gibt nach Goldstein und Reichmann zweitens sensorische Störungen bei Kleinhirnerkrankungen, die durch eine Überschätzung für Gewichte, für Raumgrößen, eine Herabsetzung der Druckempfindung und eine Herabsetzung der Empfindungen in den Muskeln charakteristisch sind.

Drittens ist bei den motorischen Störungen der Kleinhirnerkrankungen die einfache Verlangsamung von der Störung der Aneinanderbindung der Einzelbewegungen zu unterscheiden. Beide Momente kommen für die Entstehung der Adiadochokinesis in Betracht.

Die Störung in der Aneinanderbindung kann durch eine Verlängerung der Zwischenzeit infolge Fortfalles der Rückstoßbindung sowie durch Kontraktionsnachdauer bedingt sein.

Viertens gibt es bei Kleinhirnerkrankungen eine Verlängerung der motorischen Reaktionszeit.



Fünftens gibt es nach Goldstein und Reichmann Störungen der Zeitschätzung, die möglicherweise durch abnorme reflektorische motorische Vorgänge bedingt sind. Es ist zu untersuchen, ob nicht normalerweise die rechtsseitigen reflektorischen motorischen Vorgänge für die Zeitschätzung im allgemeinen von besonderer Bedeutung sind. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Der Vorstand des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** hat beschlossen, für Ende April 1918 zu einer Versammlung in Würzburg einzuladen, die vorläufig als außerordentliche in Aussicht genommen ist. Geschäftliche Angelegenheiten sollen, soweit irgend angängig, für die nächste Versammlung zurückgestellt werden. Doch besteht die Absicht, eine Änderung des § 7 Absatz 4 der Satzung für eine spätere Beschlußfassung vorzubereiten in der Richtung, daß durch eine Begrenzung der Amtsdauer der Vorstandsmitglieder ein häufigerer Wechsel in der Zusammensetzung des Vorstandes erreicht wird. Als einziger Gegenstand der Berichte ist vorgesehen: Folgen der Hirnverletzungen und ihre Behandlung, und zwar hat Forster-Berlin die Einführung in die allgemeine Pathologie, Kleist-Rostock in die Lokalisation, Reichardt-Würzburg in die Hirnschwellung und Goldstein-Frankfurt a. M. in die Behandlung und Fürsorge übernommen. Da eine eingehende Besprechung erwünscht und zu erwarten ist, dürfte für besondere Vorträge die Zeit mangeln.

Referate.

— **Chronisch meningitische Erkrankungen und deren Behandlung mit Röntgenstrahlen.** Von E. Kodon. M. m. W. 1917 Nr. 5.

Die Behandlung ist mit Erfolg in einigen solchen Fällen versucht worden, wo das Röntgenbild einen Herd im Schädel, z. B. Kalkablagerung, als Rest einer meningitischen Entzündung und als Ursache von Epilepsie ergeben hatte. Kodon hat bei 75% der Epileptiker als Todesursache Tuberkulose in der Familie gefunden. B.

— **Zur Differentialdiagnose von angeborener und in reiferem Alter erworbener Demenz.** Von Oberarzt Dr. W. H. Becker, Herborn. Fortschr. d. Med. 1916 Nr. 2, 26. Oktober.

Lesenswerte Erörterung dieser wichtigen Frage nebst einigen Beispielen aus der Praxis. B.

— **Über das Schicksal des Komplements während des Ablaufes des Dialysierversuches nach Abderhalden.** Von V. Kafka. Aus dem serologischen Laboratorium der Staatsirrenanstalt Hamburg-Friedrichsberg; Direktor: Prof. Dr Weygandt. M. m. W. 1916 Nr. 23.

Dem Komplement kommt eine funktionelle Rolle beim Zustandekommen der Abderhaldenschen Reaktion nicht zu.

— **Einige Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen.** Von Julius Bauer. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 30.

Wohl sämtliche Kriegsneurosen dürften zu heilen sein je früher sie in entsprechende Behandlung kommen, desto rascher, in der Regel binnen wenigen Minuten, eventuell innerhalb einiger Tage, nur ausnahmsweise in längerer Zeit als in zwei Wochen.

Zusammenfassung:

Was also nottut und erforderlich erscheint, ist

1. die Verbreitung der Kenntnis von der Natur, dem Wesen und der Heilbarkeit der Kriegsneurosen unter den Militärdienst leistenden Ärzten;

2. die Anwendung strengster Kritik bei der Diagnose einer Ischias oder eines Rheumatismus und

3. eine entsprechende Organisation, die die Gewähr bietet, daß derartige heilbare Kranke möglichst ohne Verzug in die hierfür geeigneten Spitäler und in die Hände sachverständiger Spezialärzte gelangen. B.

Buchbesprechungen.

— Lewandowsky: Praktische Neurologie für Ärzte. 2. Auflage. Berlin 1917. Jul. Springer.

Das sehr praktische, flüssig geschriebene und auch für den, dem bis dahin die Neurologie eine Terra incognita war, verständliche Buch zerfällt in 37 Kapitel, die einzeln aufzuzählen leider der hier zur Verfügung stehende Raum verbietet. Ich muß mich deshalb darauf beschränken, auf einzelne Kapitel hinzuweisen, die mir besonders gefallen haben; das ist z. B. das zweite Kapitel, das die wichtigsten Handgriffe der neurologischen Untersuchung (Pupillenreaktion, Sehnenreflexe, Stauungspapille) klarlegt, in erzählendem Stil, aber doch kurz, bündig, das wichtigste hervorhebend. Sodann verdient einen besonderen Hinweis das 16. Kapitel: Nervenverletzungen, wo die heutigen Kriegserfahrungen besondere Würdigung finden und wo nach Schilderung der Indikationen und der Technik der Operation der Verfasser, obwohl er doch ein Sondergebiet der internen Medizin vertritt, unumwunden ausspricht: „Eine andere Behandlung der Nervenverletzungen als die chirurgische kenne ich nicht." Auch das Kapitel 31, das die verschiedenen Meningitisformen umschließt, die sonst so gern in den Lehrbüchern auseinandergerissen und teils hierin, teils dorthin gesteckt werden, bringt auf $5^1/_3$ Seiten alles Wichtige und Wesentliche. Endlich verdient noch besonders hervorgehoben zu werden das Kapitel 37, die Psychoneurosen, das längste des ganzen Buches; es enthält nach Symptomatologie, differentialdiagnostischer Scheidung und einem besonders lesenswerten Abriß über die diversen Behandlungsmethoden noch besondere Abhandlungen über die traumatische Neurose einerseits und die Kriegsneurosen andererseits. Wer immer der Neurologie

Interesse entgegenbringt, den wird nicht gereuen, wenn er das Lewandowskysche Buch zur Hand nimmt oder gar in seine Bücherei einreiht.

Wern. H. Becker-Herborn.

Personalnachrichten.

— **Sachsenburg.** Dr. Joh. Fischer wurde zum Oberarzt der Großh. Heil- und Pflegeanstalt Sachsenburg ernannt und ist dort seit Juli 1916 tätig. San.-Rat Dr. Rust wurde zum Medizinalrat und dirigierenden Arzte des Kinderheims Lewenberg (Idiotenanstalt) ernannt.

Geschäftliches.

Anstalten, die sich für Sammlung von **Nesselstengeln** interessieren und über die **Nesselfaserindustrie** informieren wollen, wird empfohlen, sich an die Nesselfaser-Verwertungs-Gesellschaft m. b. H., Berlin SW. 68, Schützenstraße 65/66, zu wenden.

Die renommierten Industriewerke der Firma **Höntsch & Co., Dresden-Niedersedlitz** bringen in dieser Nummer unserer Zeitschrift einen geschmackvoll ausgestatteten Prospekt über **Barackenbauten** zur Verbreitung, auf den wir besonders hinweisen möchten.

Die Baracke — vor dem Kriege noch sehr wenig bekannt — hat durch ihre vielseitige Verwendbarkeit in dieser Zeit große Bedeutung erlangt. Nicht nur daß sie infolge ihrer Vorzüge Hunderttausenden von Menschen schnelle und hygienisch einwandfreie Unterkunft gewährt, auch als strategisches Hilfsmittel wird sie von unserer Heeresverwaltung als wichtiger Kulturfaktor bewertet. Namentlich auf dem Gebiete der Kranken- und Verwundeten-Fürsorge, der Schaffung einwandfreier Unterkunftsmöglichkeiten für große Menschenmassen in der Heimat und in den besetzten Gebieten hat die Baracke sich schnell die nötige Geltung verschafft.

Die Firma Höntsch & Co. dient Interessenten gern mit weiteren Auskünften, worauf wir an dieser Stelle nochmals ausdrücklich hinweisen.

„Wir brauchen Bücher, spendet Geld",

so lautet die Unterschrift in dem außerordentlich wirkungsvollen Plakat, das zur Beschaffung von Lesestoff für Heer und Flotte werben soll und das uns in so vielen Schaufenstern und öffentlichen Gebäuden, auf den Bahnhöfen usw. immer daran erinnert, unseren Tapferen im Feld und zur See Gelegenheit zur Ablenkung der Gedanken, zur Erholung und Zerstreuung zu verschaffen. Das Plakat zeigt einen Schützengraben, in dem gerade eine Sendung mit „geistigen Liebesgaben" angekommen ist. Die Mannschaften drängen sich um die Bücher, die gerade verteilt sind. Im Vordergrunde sehen wir einen Mann im gesetzten Alter, der voller Freude wohl in Erinnerung an die ferne Heimat ein aufgeschlagenes Buch vor sich hat, über das sich ein bärtiger Landwehrmann neigt, um auch möglichst schnell etwas von der geistigen Kost zu erlangen. So sind, wie tausendfach bezeugt wird, die Verhältnisse tatsächlich, daß unseren Leuten jetzt Bücher und Zeitschriften, kurz, jede Art von gutem Lesestoff, womöglich lieber sind, als alle anderen Gaben der Heimat. Um die für die Versorgung unserer Riesenheere mit Lesestoff erforderlichen Geldmittel aufzubringen, ist unserem Blatte heute ein Aufruf, die verkleinerte Abbildung des Plakates, beigelegt, den wir der Beachtung unserer Leser empfehlen. Jedermann ist Gelegenheit geboten, sich an dieser Spende, einer wahren Volksspende, zu beteiligen, da jede, auch die kleinste Gabe gern entgegengenommen wird.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Neunzehnter Jahrgang. Nr. 26. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 26. 22. September **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

B. Psychiatrischer und neurologischer Teil. (Fortsetzung.)

Stern (Beobachtungen bei Schußverletzungen des Gehirns; D. m. W. 1915 Nr. 36) fand häufig Stauungspapille bezw. Neuritis optica bei den schwereren Hirnschußverletzungen, ohne daß sich später eine Komplikation, wie Abszeß oder eitrige Meningitis, als Ursache herausstellte.

In einem solchen Falle mit Hirndrucksteigerung, charakterisiert durch Stauungspapille, Kopfschmerz, leichte Somnolenz, objektive Erhöhung des Liquordruckes, Hirnprolaps, Erscheinungen, die teilweise spontan, teilweise unter einer Lumbalpunktion zurückgingen, handelte es sich nicht um eine primäre intrakranielle Drucksteigerung, sondern um eine entzündliche seröse Meningitis bezw. Meningoenzephalitis, ausgelöst durch den lokal entzündlichen Prozeß an der Läsionsstelle des Schädels bezw. des Gehirns.

Auch Lewandowsky (N. C. 1915 S. 47) erwähnte die Symptome einer Meningitis serosa und Kutzinski (N. Z. 1915 Nr. 9) Papillitis optica bei Schädelschüssen.

Diese seröse Meningitis kann bei offener Schädelhöhle durch die Druckerhöhung im Schädelinnern einen Prolaps begünstigen bezw. unterhalten.

In einem Falle hinterließ die Stauungspapille eine leichte Atrophie.

Auch Stern weist auf die latente Entwicklung von Spätabszessen des Gehirns, auch nach Wochen fieberlosen Verlaufs, bei Schädelschüssen, besonders bei Prolapsen, hin.

Da Fieber und Allgemeinsymptome der latente Spätabszeß nicht hervorzurufen braucht, die örtlichen Ausfallssymptome von seiten des Zentralnervensystems aber gewöhnlich durch die Gehirnläsion bereits gegeben sind, so weist Progredienz der klinisch-nervösen Ausfallssymptome und Inkongruenz zwischen dem Sitz der örtlichen Läsion am Schädel und der Größe und Art der nervösen Ausfallserscheinungen auf Abszeß.

Da es stumme Hirnpartien (z. B. Stirnlappen, rechter Schläfenlappen) gibt, die in großer Ausdehnung verletzt sein können, ohne daß örtliche Ausfallserscheinungen nachzuweisen sind, kann das Fehlen oder Vorhandensein örtlicher Ausfallserscheinungen beim frischen Schädelschuß bei der Indikationsstellung zum operativen Eingriff nicht allein ausschlaggebend sein, sondern entscheiden, namentlich beim Tangentialschuß, chirurgische Gesichtspunkte, da es sich hierbei stets um die Frage handelt, wie man den Kranken vor letalen Komplikationen schützen kann.

Praktisch am wichtigsten sind Fälle, in denen örtliche Läsion am Schädel mit dem Grad der Nervensymptome nicht übereinstimmt und neben der örtlichen nach den allgemeinen chirurgischen Prinzipien zu behandelnden Läsion in der Tiefe des Gehirns noch andere Prozesse (Blutungen und vor allem Abszesse) vorliegen können, die eventuell ein chirurgisches Eingreifen erheischen.

Schwere funktionelle Störungen als Begleiterscheinungen der Schädelschußverletzungen, wie überhaupt nach schweren Traumen, waren unabhängig von der Schwere der sichtbaren Läsion und als Nachwirkung der einfachen Kommotio, z. B. nach Verschüttung, in schwerster Form vorhanden, während sie bei schwerster Zertrümmerung von

Gehirnpartien z. B. fehlen konnten, nämlich vasomotorisch-neurasthenische Phänomene, außerordentliche Pulslabilität, plötzliche Sprünge von normaler auf die doppelte Pulszahl, Ohnmachten usw., Erscheinungen, die nach örtlicher Heilung noch lange weiter bestehen können; ferner Kopfschmerz, gesteigerte Erregbarkeit, Schlaflosigkeit, Schlachtträume, Psychalgien, totale oder halbseitige Hyperidrosis usw., Ohrensausen, Ohrenklingen, Schwindel usw., subfebrile Temperaturen. „Die ausgesprochene Hysterie ist bei diesen Kranken, wie auch Oppenheim hervorgehoben hat, seltener, als andere Autoren angeben. Es ist vielmehr in der Mehrzahl der Fälle das Bild der echten „traumatischen Neurose" mit vorwiegend neurasthenischen Erscheinungen."

Goldstein (Beobachtungen an Schußverletzungen des Gehirns und Rückenmarks; D. m. W. 1915 Nr. 8 und 9) betont die Bedeutung des positiven Babinskischen Reflexes, weil er in solchen Fällen, wo nach oberflächlichen Schädelverletzungen relativ schwere Lokalsymptome vorkommen, ohne daß das Gehirn direkt getroffen wurde, vor allem Lähmungen spastischen Charakters, und wo eine gewisse Schwäche der Beine und mehr weniger allgemeine nervöse Störungen zurückblieben, die den rein funktionell-nervösen Erscheinungen sehr ähnelten, die Feststellung, daß eine organische Veränderung vorliegt, ermöglicht.

Er erwähnt ferner Fälle, die zunächst einen guten Wundverlauf ohne Eiterung, ohne Fieber zeigten und deshalb konservativ behandelt wurden und schließlich doch einer späteren Eiterung erlagen, und wo Autopsie nicht die im allgemeinen angenommene diffuse Meningitis als Todesursache ergab, sondern sekundäre umschriebene Eiterungen, die bessere Heilungsaussichten bei operativer Behandlung bieten als die diffuse Meningitis.

Im angeführten Falle war die Eiterung nicht an der Stelle der Verletzung, sondern an einer weit davon abgelegenen des Zentralnervensystems aufgetreten, ohne daß die dazwischen liegenden Gebiete meningitische Veränderungen aufweisen.

Goldstein gibt daher zur Erwägung, ob es nicht zweckmäßig wäre, auch bei relativ gutem Wundverlauf frühzeitig operativ an der verletzten Stelle vorzugehen. Ähnliche Erfahrungen machte er bei Schußverletzungen der Wirbelsäule.

Nach R. Wollenberg-Straßburg (Über die Wirkungen der Granaterschütterung; Arch. f. Psych. Bd. 56 Heft 1) setzt sich die Symptomatologie zusammen auf körperlichem Gebiet aus „Mißempfindungen und Schmerzen im Kopf, Kribbeln in den Gliedern, Sausen und Klingen in den Ohren, Gehörstörungen, Schwindelgefühlen verschiedener Art und mit oder ohne Gleichgewichtsstörungen, vasomotorischen Erscheinungen, fein- oder grobschlägigem Tremor, lokalisierten Muskelkrämpfen, Krampfanfällen von mehr oder weniger ausgesprochen hysterischem Typus, Lähmungen aller Art, Sprachverlust und anderweitigen Sprachstörungen, Sensibilitätsstörungen der verschiedensten Lokalisation usw.; auf geistigem Gebiet aus Erregbarkeit, herabgesetzter Widerstandsfähigkeit gegenüber allen möglichen Reizen, Depressionszuständen, Angstanfällen, besonders des Nachts, „Gefechtsträumen", erschwerter Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisschwäche usw."

Er teilt die Symptome in drei Gruppen: „individuelle" (angeborene oder erworbene krankhafte Abweichungen innerhalb der psychisch-nervösen Sphäre), „emotionelle" (auf Affektvorgängen beruhend) und „kommotionelle" (auf mechanischer Schädigung beruhend), auf realen objektiven Veränderungen, wie sie von R. Müller bei artilleristischen Friedensübungen am Trommelfell der Kanoniere und von Autoren im Tierexperiment auch am inneren Ohr festgestellt worden sind. „Daß die schweren Geschosse infolge der mit dem Knall und dem Luftdruck verbundenen gewaltigen Stoßwirkungen auch ohne äußere Verletzung schwere innere Schädigungen auch der nervösen Zentralorgane hervorrufen können, ist durch verschiedene Beobachtungen auch für den Menschen wohl einwandsfrei festgestellt."

In der Mehrzahl der hierher gehörenden Fälle überwiegt nach Wollenberg das emotionelle Moment durchaus über das kommotionelle, das Krankheitsbild ist also ein im wesentlichen „psychogenes". Sehr häufig ist aber ein mehr oder weniger deutliches kommotionelles Beiwerk vorhanden. Dr. Weil von der Straßburger Ohrenklinik hat auch in scheinbar rein funktionellen Fällen einen Befund erhoben, der auf eine Schädigung des Labyrinths schließen ließ. „Es sollte deshalb in jedem entsprechenden Fall eine genaue Ohrenuntersuchung vorgenommen, überhaupt aber mit allen Mitteln nach dem Bestehen organischer Nervenstörungen gesucht werden, auch wenn das Krankheitsbild als solches einen durchaus psychogenen Charakter trägt."

Starken seelischen Erregungen können sich für ihre Entladung ins Körperliche auch neue und ungebahnte Wege eröffnen.

Ph. Jolly (Über Kriegspsychosen; Arch. f. Psych. Bd. 56 H. 2) schildert folgende nervöse Störungen nach Kopfverletzung: In den meisten Fällen hatten zunächst Bewußtlosigkeit, öfter auch





Nützet Euch, nützet dem Vaterland, zeichnet Kriegsanleihe

Erbrechen als Zeichen einer Gehirnerschütterung bestanden, bei schweren Fällen anfangs auch Pulsverlangsamung. Die nervösen Klagen waren hauptsächlich Kopfschmerzen der verschiedensten Formen, meist als Kopfdruck, Stechen oder Reißen beschrieben, fast regelmäßig außerdem Schwindel, besonders beim Bücken und bei plötzlichen Kehrtwendungen, regelmäßig Abnahme des Gedächtnisses, zuweilen auch Zerstreutheit, trübe Stimmung, ferner Empfindlichkeit gegenüber optischen und akustischen Eindrücken, sowie Reizbarkeit dabei, falls nicht doch organische Lokalsymptome, manchmal nur eine etwas erschwerte Wortfindung oder eine leichte Fazialisschwäche, vorhanden waren, nur wenig gröbere körperliche objektive Symptome, und zwar ev. Klopfempfindlichkeit des Schädels, Druckempfindlichkeit der oberen Augenhöhlennerven, leichtes Zittern der gespreizten Finger, etwas Lebhaftigkeit der Kniesehnenreflexe, Lidflattern bei Fußaugenschluß, Pulsbeschleunigung, Schwanken und Erröten des Gesichts ev. mit Ohnmachtsanwandlung beim Bücken. Psychisch Reizbarkeit, trübe, morose Stimmung, Intoleranz gegen Alkohol, in schweren Fällen Abstumpfung und Verlangsamung aller geistigen Funktionen. Besonders ausgeprägt waren die spezifisch zerebralen Symptome bei den Fällen, in denen ein Defekt des knöchernen Schädels bestand, namentlich die Kopfschmerzen und die Beschwerden beim Bücken waren hier vielfach sehr ausgesprochen. Öfter fanden sich bei den zerebralen Fällen schwere epileptische Anfälle. Hysterische Krampfanfälle sah Jolly nie. Nach diesen Verletzungen entwickelte sich ganz im Gegensatz zu den lokalen Traumen am übrigen Körper, unter seinem Material wenigstens, niemals eine Hysterie.

Daß die Beschwerden und Symptome oft lange anhalten, und zwar auch ohne Aussicht auf Rente, sei nach Jolly nicht zu verwundern, da es sich um feine organische Hirnschädigungen handeln müsse.

Der zerebellare Symptomenkomplex (Über den zerebellaren Symptomenkomplex in seiner Bedeutung für die Beurteilung von Schädelverletzten. Von K. Goldstein. M. m. W. 1915 Nr. 42) kann leicht mit funktionell nervösen, hysterisch-neurasthenischen Symptomenbildern verwechselt werden.

Goldstein illustriert seine Bedeutung an einem lehrreichen Fall (Röntgenbild ergab nur Fissur am Knochen; vermutet wurde Blutung über dem Kleinhirn) und bespricht im Anschluß daran die hauptsächlichsten für die Praxis in Betracht kommenden diagnostischen Momente.

Er stellt für die Kleinhirndiagnose die wichtigsten Punkte wie folgt zusammen:

Subjektive Störungen: Kopfschmerzen, besonders lokalisiert im Hinterkopf, Störungen beim Bücken und Lagewechsel des Körpers, Unsicherheit beim Gehen, das Gefühl einer gewissen Verlangsamung der Bewegungen, die Neigung, nach einer Seite zu fallen, Schwindel.

Objektive Symptome: verschieden nach der Lokalisation der Schädigung.

1. Typischer zerebellarer, breitbeiniger Gang mit dauerndem Schwanken des ganzen Körpers (Kleinhirnwurm);

2. abnorme Kopf- und Rumpfhaltung, sowie ein allgemeines Schwanken beim Stehen (Kleinhirnwurm);

3. Nystagmus (wahrscheinlich bedingt durch Schädigung der tieferen Kerne oder dem Kleinhirn benachbarte Gebiete);

4. Ataxie (Kleinhirnhemisphären), für die (wie für alle Störungen der Hemisphärenfunktion) die Einseitigkeit charakteristisch ist (weil selten beide Hemisphären zu gleicher Zeit erkrankt sind), Gleichseitigkeit mit dem Herd und Betroffensein vorwiegend der Extremitäten. Die Kleinhirnataxie nimmt im Gegensatz zu anderen Formen der Ataxie, die Folge einer Sensibilitätsstörung sind, im Dunkeln nicht wesentlich zu;

5. leichte Schwäche und gewisse Schlaffheit in den Extremitäten.

6. Vorbeizeigen im Báránуschen Zeigeversuch. Der Kleinhirnkranke zeigt bei geschlossenen Augen an dem vorher berührten Punkte in einer bestimmten Richtung vorbei. Dies gestattet, eine Erkrankung der gleichseitigen Kleinhirnhemisphäre anzunehmen; der Erkrankung bestimmter Teile des Kleinhirns entspricht immer ein Vorbeizeigen in einer bestimmten Richtung nach innen, außen, oben oder unten.

Bei doppelseitigem Vorbeizeigen ist vor allem an eine Labyrintherkrankung zu denken. Das Vorbeizeigen unterscheidet sich von der Ataxie dadurch, daß kein eigentliches Wackeln besteht und daß es immer in der gleichen Richtung und nur bei geschlossenen Augen erfolgt.

7. Adiadochokinesis, d. h. die Verlangsamung der Aufeinanderfolge antagonistischer Bewegungen, wie z. B. abwechselnder Beugung und Streckung der Finger und Zehen. Verlangsamung spricht für die Hemisphärenerkrankung des Kleinhirns auf der gleichen Seite;

8. Störung in der Schätzung von Gewichten. Gewichtsstörungen finden sich wahrscheinlich nur bei Hemisphärenerkrankung auf der gleichen Seite

der Erkrankung. a) Mangelhafte Unterscheidung schwerer und leichter Gewichte; b) Unter- oder seltener Überschätzung auf der kranken Seite.

9. Fehlen des Rückschlages bei der Widerstandsprüfung. „Läßt man einen Gesunden den Arm gegen den Widerstand der Hand des Untersuchers im Ellenbogengelenk strecken und unterbricht plötzlich den Widerstand, so wird die Streckung des Armes noch etwas fortgesetzt, dann aber unterbrochen, und es erfolgt eine kurze Beugung des Unterarmes (der sogen. Rückschlag). Beim Kleinhirnkranken wird die Streckung in exzessiver Weise ohne Rückschlag fortgesetzt."

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Rasche Heilung der Symptome der im Kriege entstandenen „traumatischen Neurose",** Von Dr. Viktor Gonda. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 30.

„Ich bereite den Kranken vor, indem ich während der Untersuchung dem zu mir eingeteilten Mediziner erkläre (natürlich so, daß der Kranke es wohl versteht), daß die Fähigkeit zum Gehen usw. bei ihm zurückkehren wird, besonders jetzt, da durch eine neue Erfindung diese Krankheiten innerhalb einiger Minuten heilbar sind. Besonders wichtig ist die Vorbereitung der ersten Fälle, da später das Erscheinen geheilter Patienten, die schon seit Monaten gelegen oder, auf Krücken sich stützend, herumgegangen und jetzt vollkommen hergestellt sind, die beste psychische Wirkung ausüben. Bei der Beschreibung unserer Methode will ich mich nur auf die zur Behebung der erkrankten unteren Gliedmaßen befolgte Methode beschränken, es betreffen ja ca. 90% der Fälle die unteren Extremitäten. Außerdem ist mit kleiner Abänderung das Prinzip an allen Körperregionen durchführbar.

Ich lege je eine breitere Elektrode auf den „gemeinsamen Punkt" des Musculus quadriceps femoris (drei bis vier Querfinger oberhalb der Patella) und auf das Gebiet des gleichseitigen Peroneus (unterhalb des Köpfchens der Fibula). Ich benütze den faradischen Strom, dessen Stärke langsam steigernd, bis ich eine energische Kontraktion der Muskeln erreiche. Jetzt schalte ich den Strom sofort aus und erhöhe die Stromstärke auf das Doppelte ohne die Elektroden von ihrem Platze zu verrücken. Während dieser kleinen Pause übe ich eine starke Suggestion mit meinen Worten aus, zum Beispiel jetzt kommt der Strom, der Leben gibt, und schalte plötzlich ein. Dieser Strom muß eine tetanische Kontraktion der Muskeln auslösen, wenn das ausbleibt, erhöhe ich die Intensität so lange, bis ich die tetanische Kontraktion erreiche. Der Kranke schreit vor Schmerzen auf, mein Assistent ergreift seine Arme, denn unwillkürlich würde sich der Kranke wehren und dadurch die Elektroden verschieben. Auf das erste Schreien schalte ich den Strom noch nicht aus, sondern beiläufig nur nach 1/2 Minute. Dasselbe tue ich auch an der anderen unteren Extremität. Dann lege ich die Elektroden auf die vorher beschriebene Stelle beider Musculi quadricipes und schalte denselben starken Strom ein. Es erfolgt ein heftiges Strecken beider unteren Extremitäten, begleitet von einer geringen Erhebung derselben. Jetzt schalte ich den Strom aus und fordere den Patienten auf, seine Beine zu heben, sobald er den Strom wieder fühlt. Die durch den Strom bedingte Hebung der Beine hält der Kranke für die erste willkürliche Bewegung seit langen Monaten. Durch Aus-, dann Einschalten des Stromes wiederhole ich dieses Verfahren acht- bis zehnmal. Unterdessen wird verbale Suggestion weiter geübt. Dann lege ich die Elektroden gleichzeitig auf das Gebiet beider Musculi peronei. Während der Einwirkung des Stromes fordere ich den Patienten auf, seine Beine willkürlich zu beugen. Eine bis zwei Proben und der Schmerzen leidende Patient leistet nahezu übermäßig meiner Aufforderung Genüge und äußert meist seinen Wunsch, daß er zu gehen probieren will. Ich gebe aber nicht nach, gewöhnlich mit der Ausrede, daß sich sein kleiner Finger noch nicht gehörig bewegt, setze das immer schmerzhafter werdende Elektrisieren noch eine bis zwei Minuten lang fort, wobei ich die Stromstärke noch etwas steigere, indem ich ein- und ausschalte. Unterdessen lasse ich die Beine wieder beugen und strecken. Im Falle des Gelingens wird der Kranke auf den Bettrand gesetzt und nachdem die erhöhte Atem- und Pulszahl nach einer kleinen Pause nachgelassen hat, muß er auf meine energische Aufforderung hin ohne jede äußere Hilfe aufstehen. Nach kurzem Stehen muß er auf Befehl Schritte machen. Abermals kurze Ruhe, dann kommen Geh- und Laufübungen, bei denen es besonders wichtig ist, daß sie vollkommen und von jedem Zittern frei sein sollen. In den ersten Fällen wurde ein schwächerer Strom angewendet, damit erreichte ich auch nach einer zwei- bis dreistündigen Behandlung nicht immer vollen Erfolg. Hingegen seitdem (8. Juni) ich den Strom in der zuvor beschriebenen Stärke benützte, ist der Erfolg immer ein vollkommener, und zwar ohne Unterschied in leichten und schwersten Fällen, bis jetzt bei 251 Kranken. Die höchste Dauer der Einwirkung des Stromes erreichte drei bis vier Minuten. Die Kranken, deren größter Teil seit 6 bis 22 Monaten gänzlich ans Bett gefesselt und unbeholfen waren, kehren auf eigenen Beinen in das auf einige Hundert Meter entfernte Krankenzimmer zurück. Eine zeitlang klagen sie über Müdigkeit. Abends gab ich in jedem Fall ein halbes Gramm Veronal, um eine ruhige Nacht zu sichern.

Schließlich seien die mit Tremor einhergehenden Fälle erwähnt, die am leichtesten heilen. Sobald der entsprechend vorbereitete Kranke mit seinen in tetanischer Streckung befindlichen Beinen gezwungen ist, während einer von mir abhängigen Zeit ohne Zittern zu verbleiben, überzeugt er sich, daß er auch ohne Zittern




sein kann. Natürlich ergreife ich die Gelegenheit, seine Aufmerksamkeit wiederholt darauf zu wenden. Die Behandlung ist beendet, sobald das Zittern auch ohne Elektrisieren sowohl bei Bewegungen wie auch bei verschiedenen Ruhelagen ausbleibt.

Bei den Läsionen der oberen Extremitäten gebe ich die Elektroden auf das untere Ende des Trizeps (drei bis vier Querfinger oberhalb des Ellbogens). Ich arbeite mit gleich starkem Strom, wie bei den Beinen, worauf ich besonders die Aufmerksamkeit lenken will, da bei schwächerem Strome die Erfolge auch geringer sind. Bei Einschaltung des Stromes streckt sich der Arm blitzschnell und gelangt in meine Macht. Das Resultat tritt mit derselben Sicherheit ein bei den übrigen Formen des kaleidoskopischen Krankheitsbildes, wenn wir das beschriebene Verfahren anwenden.

Interessant ist, daß eventuell vorhandene Anästhesien und Analgesien nach der Behandlung sofort verschwinden. Die Hyperästhesie und -algesie lassen ebenfalls bald nach. Die manchmal höchste Grade erreichende Zyanose hört zwei bis drei Stunden nach dem Auftreten auf.

Während der noch kurzen (einmonatigen) Beobachtung haben wir keine Rezidive gehabt. Die Kranken sehen ihre Genesung mit der größten Freude und wenn wir erwägen, daß die meisten unter ihnen bereits seit Monaten erfolglos behandelt worden sind, glauben wir im Interesse unserer Kriegsbeschädigten zu handeln, indem wir unsere bisherigen Resultate schon jetzt mitteilen." B.

— **Kriegsbeobachtungen über hysterische Stimm-, Sprach- und Hörstörungen.** Von Prof. Dr. J. Donath, Budapest. Monatsschr. für Psych. u. Neur. 1916 Bd. XL Heft 5.

Zusammenfassung:

1. Die Anzahl von hysterischen Stimm-, Sprach- und Hörstörungen, die in diesem Kriege beobachtet werden, scheint auch im Verhältnis zur Zahl der Verletzungen eine größere zu sein. Sie ist keineswegs auf etwaige durchschnittliche Minderwertigkeit des Nervensystems unserer Krieger, welche durch deren Leistungen in diesem Kriege widerlegt ist, sondern auf die gewaltigen Explosionswirkungen der modernen Geschosse zu beziehen.

2. Feinste organische Läsionen werden mitunter von rein funktionellen Störungen oder Simulation schwer zu sondern sein. Im besonderen sind Stummheit und Taubstummheit, welche auf emotivem Wege plötzlich entstehen, oder durch nachträgliche psychische Verarbeitung auf ideogenem Wege allmählich zur Entwicklung kommen, stets als funktionell aufzufassen, auch wenn sie lange bestanden haben. Die Annahme einer organischen Läsion würde eine solche Ausbreitung derselben voraussetzen, daß sie unbedingt mit anderen Störungen vergesellschaftet sein würde. Die rasche oder plötzliche, sei es spontane oder suggestive Heilung ist nachträglich ein untrüglicher Beweis für die funktionelle Natur dieser Störungen.

3. Plötzliche Ertaubung kann auch durch Schädelbasisfraktur und damit einhergehende Blutung bedingt sein. Dieselbe kann mittelst Lumbalpunktion, welche den durch das Hämatom bewirkten Druck auf die Akustizi aufhebt und dessen Resorption fördert, rasch zur Heilung gebracht werden. Selbstverständlich gehen mit der Fraktur auch andere Erscheinungen einher.

4. In dem Sammelbegriff der „Traumatischen Neurosen" werden zusammengeworfen, einerseits rein psychogene Erkrankungen, welche auf emotivem Wege (durch psychischen Chok) oder auf ideogenem Wege (durch intellektuelle Verarbeitung des erlebten Unfalles) entstanden sind, anderseits durch mechanische Erschütterung des Nervensystems bedingte Kommotionsneurosen. Zu jenen gehören die traumatischen Hysterien, Neurasthenien und Hysteroneurasthenien, zu letzteren die Gehirnerschütterungen leichteren Grades mit kapillaren Blutungen, Zerreißungen von Lymphbahnen, leichten Quetschungen der Hirnsubstanz, denen sich, wie jeder anderen organischen Läsion, rein neurotische Erscheinungen aufpfropfen können. Auch diese können spontan heilen, doch bedarf es dazu mehrerer Monate. Jedoch ist auch die Permanenz der Symptome kein sicherer Beweis gegen Hysterie.

5. Die Heilung der hysterischen Gehör-, Stimm- und Sprachstörungen wird, da sie in der Psyche wurzeln, im wesentlichen stets eine psychotherapeutische, der Individualität angepaßte sein, so daß man sich auf eine bestimmte Methode nicht festlegen darf.

Eine Anzahl interessanter Fälle sind eingeflochten.
Bresler.

— **Erfolgreiche Operation einer Kleinhirn-Brückenwinkel-Geschwulst im Felde.** Von H. Küttner. D. m. W. 1917 Nr. 17.

Operation in zwei Sitzungen. Von der hinteren Schädelgrube aus. Völlig glatter Heilverlauf. Sarkom. K. hat bisher sechs Kleinhirn-Brückenwinkeltumoren operiert. Bresler.

Buchbesprechungen.

— Oettinger, Walter, Privatdozent für Hygiene an der Universität Breslau: Die Rassenhygiene und ihre wissenschaftlichen Grundlagen. 77 Seiten. Berlin 1914. Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld. Preis 1,20 M.

Die natürliche Auslese wird durch Maßnahmen sozialer Fürsorge ausgeschaltet, so daß sich auch die Minderwertigen aller Art miteinander und mit Vollwertigen paaren können und Entartung die Folge ist. Das Sinken der Sterblichkeitsziffer schließt nicht aus, daß dadurch nur künstliche Verlängerung des Lebens Schwächlicher und Siecher erzielt ist. Die Zahl der Erkrankungen hat sich vermehrt. Das Stillen der Kinder hat abgenommen, z. T. infolge Stillunfähigkeit der Mütter. Die Zahl der Geisteskranken und Nervenkranken hat zugenommen.

Alles dieses wird vom Verf. bestritten oder widerlegt. Alle wirklichen Degenerationserscheinungen lassen sich auf äußere, soziale Ursachen zurückführen.

Degenerative Keimanlagen werden durch die Verbindung mit Gesunden ausgemerzt. „Eine Stütze für die grundsätzliche, dauernde Ausschaltung eines Menschen von der Fortpflanzung ist in der Vererbungs-



lehre nicht gegeben" (S. 55). Die rassenhygienische Gesetzgebung Nordamerikas ist, sagt Verf. (S. 62), nicht geeignet, seine theoretischen Bedenken zu besiegen. Die Kosten der Fürsorge für die erblich Minderwertigen seien wir geneigt zu überschätzen (S. 77). „Zweifellos sind die Kosten für Kranken- und Irrenhäuser, für Armenhäuser und Gefängnisse usw. außerordentlich hoch. Aber ihre Verringerung ist von hygienischen Maßnahmen mit Zuversicht zu erwarten. Ziehen wir von den Ausgaben alle ab, deren Entstehung vermeidbaren Schädlichkeiten, ausgesprochenen Situationsnachteilen zur Last zu legen sind, so wird das Bild seinen Schrecken verlieren" (S. 77). Bresler.

Personalnachrichten.

— **Waldheim** i. Sa. Dem leit. Arzt Dr. Reukauff wurde das Sächsische Kriegsverdienstkreuz verliehen.

— **Roda** (S.-A.) Dem Oberarzt der hiesigen Landesheilanstalt Dr. Erwin Friedel wurde die Herzog-Ernst-Medaille, dem Geh. Med.-Rat Direktor Dr. Schäfer das Fürstlich Reußische Ehrenkreuz III. Kl. mit Krone sowie der Titel „Geheimer Medizinalrat" verliehen.

Die Heldenanleihe.

Bei jedem Kriege sind zwei Fragen verboten: wie lange wird der Krieg dauern? und, wieviel wird er kosten? Wie ein Kranker nur Gesundheit will, so darf ein Kriegführender nur Sieg wollen. Was nützt mir die Ersparnis an Ärzten und Arzneien, wenn ich dauerndem Siechtum verfalle und was das Zukreuzekriechen, wenn der Staat, dem ich angehöre, dauernd geschwächt bleibt? Kraft und Schwäche spiegeln sich überall wieder, bis in die letzte Bauernhütte: am Sieg wie an der Niederlage haben nicht nur sämtliche Bürger teil, vielmehr werden ganze Geschlechter von dem einen getragen, von der anderen niedergedrückt. So recht der Mensch sonst daran tut, mit seiner Zeit zu geizen, und sein Geld sparsam zu verwalten, ein Narr ist er, wenn er bei großen Lebenskrisen derartigen Bedenken Raum läßt: hier gilt es, Alles herzugeben, was man besitzt — wie Blut und Leben, so auch Zeit und Gut. Die weisesten Herrscher sehen wir in dieser Beziehung am rücksichtslosesten vorgehen: ich nenne nur Friedrich den Großen und den siebenjährigen Krieg — verwegen unternommen, rücksichtslos fortgeführt, tollkühn zum Sieg gewendet — und auf dem Deutschlands ganze heutige Größe und heutiger Wohlstand aufgebaut sind.

Deutschland steht in einem ihm aufgedrungenen Kampf ums Dasein. Dieser Kampf wird über die ganze Zukunft entscheiden. Denn selbst wenn der Friedensschluß kritische Fragen noch ungelöst läßt, dieser Friede wird nichtsdestoweniger die Richtung bezeichnen — bergauf oder talab. Es geht ums Dasein: freie, glückliche Zukunft dem deutschen Volke oder allmählicher Niedergang und Versklavung. In einer solchen Lage hilft einzig Heldensinn. Was Friedrich der Einzige einst war, das muß heute das gesamte deutsche Volk sein. Friedrich, der schlichte, sparsame König, der um den ökonomischen Aufbau zukünftiger Blüte wie kein zweiter besorgte und verdienstvolle Landesvater, steht im Kriege mehr als einmal am Rande des Staatsbankerotts, die Minister warnen und raten zu jeden Friedensschluß;



er aber treibt Geld auf, gleich viel woher und unter welchen Bedingungen; desgleichen mit seinem Heer, das mehr als einmal vernichtet scheint und das er immer wieder ins Leben ruft. An dem schlimmsten Tage — als Alles verloren scheint, ruft er noch aus: „Bis zum Tode denn! Wütet nur fort, ihr Elemente und schwarzen Schrecken!"

Das ist die Geistesverfassung, aus der Sieg und mit dem Sieg Gedeihen, Aufblühen, Wohlstand, Glück hervorgehen. Es ist einmal durch die geographischen und sonstigen Verhältnisse gegeben: das deutsche Volk ist auf Heldentum angewiesen; es wird entweder heldenhaft oder garnicht sein. Heldentum aber kann und muß sich in jeder Handlung des Lebens zeigen; so auch jetzt in der neuen Kriegsanleihe. Diese Anleihe sollte „die deutsche Heldenanleihe" heißen! Jeder Deutsche strebe danach, ein wenig vom Geiste Friedrichs in sich aufzunehmen und gebe sein Alles daran mit dem einen Gedanken: Siegen oder sterben!

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 27. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).
Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 27. 29. September **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Auszug aus den Jahresberichten der Großherzoglich Badischen Irrenanstalten

für die Jahre 1913 und 1914.

Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg (Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. Franz Nissl).

Mit Beginn des Krieges änderten sich die Verhältnisse des ärztlichen Personals vollständig. Nach und nach wurden eingezogen zum Kriegsdienst: Prof. Dr. Wilmanns, Prof. Dr. Ranke, Dr. Wetzel, Dr. Mayer und Dr. Busch. Der Arzt der Poliklinik, Privatdozent Dr. Homburger, machte Dienst in der medizinischen Klinik. Dr. Pilzecker, Dr. Schultheis und Dr. Hilffert hatten sich hiesigen Lazaretten zur Verfügung gestellt. Dr. Rosental mußte als Ausländer (Russe) die Klinik verlassen. Privatdozent Dr. Jaspers konnte gesundheitshalber keinen Dienst tun. Medizinalpraktikanten fehlten. Bald nach Beginn des Krieges bestand das ärztliche Personal aus dem Direktor der Klinik, Privatdozent Dr. Gruhle und der Volontärassistentin Elfriede Steffens.

Mit Kriegsbeginn übernahm in dankenswerter Weise eine hiesige Dame die Funktionen des Oberwärters.

Infolge der Einberufungen zum Kriegsdienst verminderte sich die Zahl des männlichen Pflegepersonals um mehr als die Hälfte, die andere Hälfte wurde durch einzelne Pflegerinnen, vor allem aber durch freiwillige Helferinnen ersetzt.

In den beiden Berichtsjahren war die Klinik wiederum überbelegt. Normale Belegung war 1913 auf der Frauenseite vom 19. bis 27. Oktober vorhanden. Der Überfüllung entsprechend war der Gebrauch von narkotischen Mitteln unverhältnismäßig groß.

In den Räumen des Mittelbaues (Hörsaal, Poliklinik, Laboratoriumsräumen und den freigewordenen Ärztewohnungen) richteten wir Ende August 1914 ein Vereinslazarett von 45 Betten ein. Die Pflege der Soldaten übernahmen freiwillige Helferinnen.

In der Zeit von Anfang August bis Mitte Oktober stellten wir dem Roten Kreuze unsere Küche zur Obstverwertung zur Verfügung, soweit sie nicht für Klinikzwecke in Anspruch genommen wurde.

Die Formen der Psychosen werden im Bericht nach dem Heidelberg-Illenauer Schema aufgeführt.

Psychiatrische Klinik Freiburg i. B. (Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. A. Hoche).

Der Kriegsbeginn stellte die Klinik plötzlich vor die Aufgabe, einen im Verhältnis zu den räumlichen Möglichkeiten großen Zustrom geisteskranker Militärpersonen aufzunehmen. Der Zustrom begann unmittelbar nach der Mobilmachung und zwar so rasch, daß wir, um überhaupt aufnahmefähig zu bleiben, genötigt waren, die dem Zivil angehörigen männlichen Geisteskranken so rasch wie möglich zu evakuieren. Die Direkton der Anstalt Emmendingen gab uns in dankenswertem Entgegenkommen die Möglichkeit, in beschleunigtem Verfahren ohne Innehaltung der (später nachgeholten) Formalitäten eine große Anzahl von Patienten dorthin zu überführen. Die Aufnahmen der ersten Kriegs-



wochen betrafen Soldaten, die noch in keiner Weise mit den Kriegsereignissen selbst in Berührung gekommen waren; diese Fälle können als Mobilmachungspsychosen den sogen. Kriegspsychosen gegenübergestellt werden. Eine große Anzahl derselben litt an Delirium tremens, und zwar haben wir hier bei Patienten, die aus Gegenden Norddeutschlands stammen, in denen der Schnapsgenuß verbreitet ist, Alkoholdelirien von einer Schwere und Reichhaltigkeit der Symptomenbilder beobachtet, wie wir sie bei unserer einheimischen, vorwiegend Wein und Bier trinkenden Bevölkerung fast niemals zu sehen Gelegenheit haben. Andere Fälle betrafen Epilepsie oder psychopathische Grenzzustände, bei denen die plötzliche, einschneidende Änderung aller Lebensverhältnisse augenscheinlich die seelische Entgleisung ausgelöst hatte.

Vom September an begannen denn auch die Aufnahmen eigentlicher Feldzugsteilnehmer, die entweder direkt von der Front oder durch Vermittlung hiesiger oder benachbarter Lazarette in die Klinik überführt wurden. Es ist jetzt noch nicht der Moment, sich über unsere Beobachtungen auf diesem Gebiete zu äußern; es wird das die Aufgabe eines späteren Zeitpunktes sein.

Zu erwarten steht, in Analogie der prozentualen Verhältnisse beim Militär in den auf den 70er Krieg folgenden Jahren, daß wir noch längere Zeit nach Friedensschluß mit einer vermehrten Aufnahmeziffer von Heeresangehörigen zu rechnen haben werden.

Die klinischen ärztlichen Verhältnisse waren wie allerorts durch das plötzliche Ausscheiden einer Reihe von Ärzten ebenso erschwert, wie der Pflegedienst auf der Männerseite durch die starke Reduktion des Wartpersonals.

Als ein besonders erfreulicher Zug und als Beweis für die bei Kriegsbeginn herrschende Stimmung mag erwähnt sein, daß das zurückbleibende Wartpersonal, auch das weibliche, sofort zugunsten der Ausziehenden und ihrer Familien beinahe den Gesamtbetrag der bis dahin angesammelten Geschenke für das Pflegepersonal mit 650 M zur Verfügung stellte, so daß jeder ins Feld Ziehende eine Spende von 50 M erhalten konnte.

Heil- und Pflegeanstalt Illenau (Direktor: Geheimer Rat Prof. Dr. Schüle).

Von größeren baulichen Veränderungen ist zunächst nur die schon 1912 begonnene Einrichtung der medizinischen Bäder in der früheren Kochküche zu erwähnen, die mit einem Aufwand von 13 800 M erstellt und im Sommer 1913 in Betrieb genommen wurden. Der weiter geplante und bereits genehmigte Ausbau dieser Bäder konnte leider wegen des Kriegsausbruchs nicht in Angriff genommen werden.

Aus demselben Grunde mußten die übrigen geplanten baulichen Verbesserungen vorläufig zurückgestellt werden.

Für die Stiftungen wurden 50 a 79 qm Gelände erworben.

Das Anstaltsgebiet umfaßt nunmehr 47 ha 33 a 20 qm. Davon gehören 29 ha 23 a 40 qm dem Staat und 18 ha 0,9 a 80 qm den Stiftungen.

Der Hilfsverein für entlassene Geisteskranke, dessen Verwaltungssitz Illenau ist, hielt 1913 eine Mitgliederversammlung in Wiesloch ab; 1914 fiel die Versammlung wegen des Krieges aus.

Von besonderen Ereignissen in der Anstalt sei hier nur erwähnt, daß Ihre Königliche Hoheit Frau Großherzogin Hilda im Mai 1913 unserer Anstalt die hohe Ehre Ihres Besuches zuteil werden ließ.

Geheimrat Schüle feierte am 4. Juli 1913 unter zahlreicher Beteiligung von Kollegen und Freunden aus nah und fern sein 50 jähriges Dienstjubiläum.

Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim.

Direktor Medizinalrat Dr. Barbo berichtet: Unser allverehrter Anstaltsdirektor, Geh. Medizinalrat Dr. Franz Fischer, der noch am 21. August 1914 die 25 jährige Dienstjubelfeier als Direktor unserer Pforzheimer Anstalt begehen konnte, wurde uns am Abend des 7. Dezember, anscheinend mitten aus bestem Wohlbefinden heraus, durch einen plötzlichen Tod entrissen. Gerade an dem Tage, an dem Hindenburgs glänzender Sieg über die russische Übermacht die Herzen aller freudig und begeisterungsvoll bewegte, setzte eine Herzlähmung ganz unerwartet dem an Arbeit und Erfolgen reichen Leben des um unsere Anstalt wie um die Irrenfürsorge und die wissenschaftliche Psychiatrie hochverdienten Mannes ein allzufrühes Ziel. Bei der diesmal gebotenen Kürze des Jahresberichts ist es nicht möglich, hier dem Wesen und der Bedeutung unseres teuren Verstorbenen ausführlich gerecht zu werden. Wir verweisen deshalb auf die vom Gr. Anstaltsdirektor von Wiesloch, Medizinalrat Dr. Max Fischer, in Breslers Psychiatrisch-Neurologischer Wochenschrift (1914/15 Nr. 51/52) und von dem unterzeichneten Amtsnachfolger des Heimgegangenen in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie (Band 72 Heft 1)



Kriegs Anleihe

Zur Herbeiführung eines ehrenvollen Friedens werden die gewaltigen Ergebnisse der Kriegs-Anleihen ebenso in die Wagschale fallen, wie unsere durch das Schwert errungenen großen Erfolge ---

Darum zeichne!

dem lieben Freunde und Kollegen gewidmeten Nachrufe. Das aber können und wollen wir hier doch nicht unausgesprochen lassen, daß unser so jäh und so früh dahingeschiedener Anstaltsdirektor Franz Fischer jun., dessen Vater Franz Fischer sen. ebenfalls (1859 bis 1881) das Amt des hiesigen Anstaltsdirektors in verdienst- und segensvoller Weise bekleidet hat, und der früher schon (von 1875 bis 1884) als Arzt an unserer Anstalt tätig gewesen war, durch Tiefe und Umfang seines psychiatrischen und allgemeinen ärztlichen Wissens und Könnens nicht minder wie durch die Liebenswürdigkeit und Güte, die sein Wesen in ganz besonderem Maße auszeichneten, sich die Liebe und Wertschätzung aller gewonnen hat, seien es Kranke, Kollegen, Untergebene oder Bekannte, die das Glück hatten, dem trefflichen Menschen näher treten zu dürfen. Jedermann mußte ihn lieb gewinnen und darum wird das Andenken an unseren verehrten Direktor Franz Fischer jun. in unserer Anstalt und weit darüber hinaus für immer gesegnet sein.

Der unserem lieben deutschen Vaterlande aufgezwungene Krieg schlug — um dies vorwegzunehmen — im Anfang seine Wellen auch bis in unsere Anstalt: Der „Kriegsschrecken" hat auch in unserem Bezirk bei mehreren Personen eine Psychose ausgelöst bezw. wieder zum Aufflammen gebracht. Auch wurde uns ein akut geisteskrank gewordener Soldat (Elsässer) unmittelbar aus einem Verwundeten-Zuge in die Anstalt gebracht. Im ganzen haben wir aus Anlaß des Krieges, da die Zugsverbindungen mit den eigentlichen Aufnahmeanstalten gestört waren, unmittelbar aufgenommen: 4 Männer (darunter den erwähnten Soldaten) und 7 Frauen. Davon wurden als genesen entlassen 3 Männer (darunter der Soldat), gebessert 1 Frau, ungebessert (in eine andere Anstalt) 2 Frauen.

Besondere Züge, die auf den Krieg bezw. auf durch denselben hervorgerufene psychische Schädigungen besonderer Art zu beziehen wären, haben diese Psychosen nicht geboten, eine auch anderwärts allgemein festgestellte Beobachtungstatsache.

Am 21. August 1914 übernahmen wir in unsere Anstalt 27 Pfleglinge der Epileptiker-Anstalt Kork, da aus dieser im Festungsgebiet von Straßburg gelegenen Anstalt vorsorglich der schwer zu befördernde Teil der Kranken entfernt und in verschiedene andere Anstalten verteilt werden mußte. Bei dem günstigen Verlauf des Krieges konnten sie erfreulicherweise schon am 28. Oktober 1914 wieder nach Kork zurückkehren.

In der Beköstigung machte, wie ja auch außerhalb der Anstalten, der Krieg bedauerlicherweise einige Einschränkungen notwendig, namentlich in der Verabreichung von Brot und sonstigen Mehlspeisen. Zunächst wurde seit dem 6. August 1914 nachmittags zum Kaffee anstatt Weck nur Schwarzbrot gereicht. Die weiteren Beschränkungen und die Verabreichung des sogenannten „Kriegsbrotes" wurden erst zu Beginn des Jahres 1915 erforderlich, fallen also nicht mehr in die vorliegende Berichtszeit.

Wie aus dem letzten Jahresbericht zu ersehen ist, befanden wir uns beim Eintritt in das Berichtsjahr 1913 mitten in einer Typhusepidemie. Es waren im Laufe des Dezembers 1912 an Typhus erkrankt: von den Pfleglingen 8 Männer und 3 Frauen, vom Personal 17 Wärterinnen, 1 Waschmädchen, 1 Küchenmädchen, 1 Bäcker und 1 Werkmeister. Letzterer sowie ein männlicher Pflegling sind gestorben. Im Januar 1913 erkrankte noch 1 Wärterin und 2 männliche Pfleglinge. Weitere Erkrankungen an Typhus kamen 1913 nicht mehr vor, erfreulicherweise auch keine Todesfälle. Auffällig war der teilweise sehr schleppende Verlauf der Krankheit und die zahlreichen Rückfälle. Im Jahre 1914 kam nur ein ganz vereinzelter Typhusfall vor (1 männlicher Pflegling) mit tödlichem Ausgang. Die Quelle der Typhusepidemie 1912/13 ließ sich leider nicht mit Sicherheit ermitteln. Die ursprüngliche Annahme, daß der zuerst erkrankte Bäcker den Typhus eingeschleppt habe, konnte nicht aufrecht erhalten werden. Ebensowenig läßt sich mit Gewißheit behaupten, daß das bei den eingehenden Untersuchungen des Personals und der Pfleglinge als Bazillenträgerin ermittelte (inzwischen ausgetretene) Waschmädchen den Anlaß zu der Typhusepidemie gegeben hat. Erwähnt sei noch, daß von den während dieser Epidemie Erkrankten eine Wärterin noch mehrere Monate, ein weiblicher Pflegling nahezu 1 ³/₄ Jahr lang Typhusbazillen ausgeschieden haben. Die von Zeit zu Zeit wiederholten Untersuchungen von Stuhl und Urin dieser beiden Personen haben seither völlige Bazillenfreiheit ergeben.

Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen (Direktor: Geh. Med.-Rat Dr. Haardt).

Von Kriegsbeginn bis zum Jahresschluß 1914 wurden 77 Wärter zu den Fahnen gerufen.

Hierdurch gestaltete sich der Betrieb nach dem Kriegsausbruch außerordentlich schwierig. Der Arbeitsbetrieb konnte anfänglich nur in den allerwichtigsten Zweigen aufrecht erhalten werden. Die zurückgebliebenen älteren und die für unabkömmlich erklärten Wärter mußten entsprechend verteilt

werden. Ihnen wurden Aushilfswärter beigegeben, wie sie im Laufe der Zeit aus den Kreisen der nicht oder noch nicht Militärpflichtigen sich meldeten. Von diesen erwies sich nur der kleinere Teil als brauchbar. Der Wechsel war groß. Es war im ganzen eine minderwertige Hilfe. Manche Arbeiten mußten von dem Personal der Frauenseite übernommen werden. Man half sich, wie man konnte. Dazu kam die Verminderung des Ärztepersonals infolge der Kriegsbeorderungen von drei Ärzten und zu allem die plötzliche Steigerung der schon vorhandenen hochgradigen Überfüllung auf der Männerseite durch die Aufnahme geisteskranker Heeresangehöriger und die Übernahme vieler kranker Männer in kürzester Zeit aus der psychiatrischen Klinik Freiburg, um dieser die Unterbringung kranker Soldaten zu ermöglichen.

Seit Kriegsbeginn bis zum Jahresschluß 1914 wurden 55 geisteskranke Heeresangehörige aufgenommen. Von diesen wurden entlassen: 27. Es starb: 1. Für verwundete und schwer körperlich erkrankte Soldaten hatten wir unser Lazarett auf der Frauenseite mit 32 Plätzen eingerichtet und der Militärbehörde zur Verfügung gestellt. Bis zum Jahresschluß wurde von diesem Anerbieten kein Gebrauch gemacht.

Zur Feststellung etwaiger Bazillenträger wurden 1913 245 Kranke und 62 Angestellte, 1914 172 Kranke und 142 Angestellte untersucht.

Paratyphusbazillen wurden festgestellt bei 3 kranken Frauen, 2 kranken Männern und 1 Aushilfswärter.

Typhusbazillen wurden gefunden bei 17 kranken Frauen (darunter in 2 Fällen zugleich Paratyphusbazillen) und 2 kranken Männern.

Dysenterieartige Stäbchen wurden bei 1 Aushilfswärter festgestellt.

In drei Fällen war das Ergebnis der Untersuchung zweifelhaft.

Die sämtlichen Untersuchungen wurden im Untersuchungsamt des hygienischen Instituts der Universität Freiburg ausgeführt.

Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch (Direktor: Med.-Rat Dr. Fischer).

Bauliches. Das gesicherte Haus — M U 4 — wurde am 7. Juli 1913 von der Bauleitung übergeben und am 23. Juli 1913 in Betrieb genommen.

Die Einteilung des Baues ist im Jahresbericht für die Jahre 1909/10 kurz beschrieben. Das Haus und seine Einrichtungen haben sich nach den bis jetzt gewonnenen Erfahrungen, von kleineren Nachbesserungen abgesehen, für die Beherbergung und Behandlung von schwierigen, gefährlichen und kriminellen Kranken durchaus bewährt.

Von neuen Bauprojekten wurden ausgearbeitet und in Angriff genommen:

1. F J — Infektionshaus für die Frauenseite — zur Absonderung schwerer Infektionskrankheiten, in zwei völlig getrennten Abteilungen zu drei und zwei Betten; mit kleineren Abänderungen beinahe völlig entsprechend dem Haus auf der Männerseite M J.

2. Operationssaalanbau auf der Frauenseite am Lazaretthause F H 1. Er entspricht im Erdgeschoß (Operationssälchen und Vorraum = Vorbereitungsraum) dem Anbau auf der Männerseite. Im Obergeschoß sind hier jedoch zwei Krankenräume für erkranktes Personal geschaffen worden, die sich auf der Frauenseite immer mehr als ein dringendes Bedürfnis herausgestellt hatten.

3. Liegehalle bei der Aufnahmestation für Männer in M A. Die große Liegehalle in F A hatte mit der Bettbehandlung im Freien auf der Frauenseite, insbesondere an frisch Erkrankten, so schöne Erfahrungen gezeitigt, daß diese Einrichtung auch auf der Männerseite als dringend erwünscht, wenn nicht für die Krankenbehandlung als notwendig erscheinen mußte. Das Projekt wurde deshalb für die Männerseite aufgenommen und soll längs der ganzen südlichen Wand des Wachsaals im Erdgeschoß von M A im Jahre 1915 zur Ausführung kommen. Es ist dann Platz für die Aufstellung einer großen Anzahl von Betten im Freien vorhanden.

4. Festsaalgebäude. Während ursprünglich ein kombiniertes Projekt, Festsaal und Kirche in einem Haus nebeneinander vereinigt, in Aussicht genommen war, kam man später zum Entschluß, die beiden verschiedenen Zwecke auch in zwei gesonderten Bauwerken zum Ausdruck zu bringen. Der Festsaalbau wird auf dem nördlich des Verwaltungsgebäudes gelegenen großen Festplatze zwischen den beiden ersten Ärztewohnhäusern, der zur Abhaltung von Festen im Freien dient, errichtet. Das Projekt sieht etwa 460 Tischplätze im Festsaale selbst, im anstoßenden Nebensaale und auf der Empore zusammengenommen vor. Der kleine Saal soll außerdem als Wärterinnenheim Verwendung finden. Im Dachgeschoß darüber ist ein Musiksaal angeordnet. Im Untergeschoß der Südseite wird eine Kegelbahn angelegt. Ein großer Teil des übrigen Kellerraumes wird als Kartoffelkeller ausgebaut.

5. Die Kirche. Sie wird auf einem Platze nörd-



lich des Festplatzes und der ihn umziehenden Rundstraße, gleich wie das Verwaltungsgebäude und der Festsaal, in der Mittelachse der Anstalt erstellt. Es ist ein einfach gehaltener Bau mit 230 bis 250 Plätzen, den Raum auf der Empore mitgerechnet.

6. Wasserpumpwerk im Maisbachtal. Der Betriebsbehälter, der sich als zu klein erwiesen hatte, wurde im Jahre 1913 um 150 cbm vergrößert und eine neue Pumpe mit 7 Sekundenliter-Leistung für den Nachtbetrieb eingesetzt, wodurch zugleich eine rationellere Betriebsweise erzielt wurde.

Die Wohnung des Maschinisten genügte auf die Dauer nicht; das Projekt eines seitlichen Anbaus wurde ausgearbeitet und soll im Jahre 1915 zur Ausführung kommen.

7. Am Abladeplatz der Anstalt, Haltestelle Heilanstalt der Nebenbahn Wiesloch—Meckesheim, soll das Projekt eines kleinen Kontumazstalles zur Quarantäne für eingekauftes, frisch eingetroffenes Vieh jeder Art erstellt werden.

8. Beamtenwohngebäude: a) Wohnhaus für zwei Anstaltsärzte: Doppelhaus für zwei Familien mit senkrechter Trennung nach dem Wieslocher Typ (erstes Ärztewohnhaus). b) Zwei Wärterwohnhäuser für Wärter, Werkmeister und andere untere Beamte, gleichfalls Doppelwohnhäuser mit senkrechter Trennung nach dem letzten Wieslocher Typ für je zwei Familien. — Die drei Häuser sind noch im Ausbau begriffen.

Allgemeiner Gesundheitszustand: Am 8. Januar 1913 erkrankte eine Wärterin im Hause F U 2 an Typhus, im März, September und Oktober 1914 je eine Kranke in demselben Hause an Typhus. Die bakteriologische Durchprüfung ergab bei einer seit September 1912 in F U 2 untergebrachten Kranken dreimal positiven Bazillenbefund. Die Isolierung dieser hochgradig störenden, zu Flucht- und Selbstmordversuchen neigenden Kranken machte große Schwierigkeiten.

Ferner erkrankte ein Waschmädchen an Paratyphus, der Anstaltsbäckermeister an Typhus; die Ansteckung erfolgte außerhalb der Anstalt. Ein in der Ökonomie bediensteter Knecht ist immer noch Bazillenträger.

Während der Wintermonate hatten wir auf der Frauenseite zahlreiche Fälle von Angina follicularis und abscedens mit sehr langsamer Erholung und Neigung zu Rückfällen. Mehrmals wurden Diphtheriebazillen festgestellt, bei einer Kranken noch monatelang. Die Separierung derartiger Personen ist meistens erschwert.

(Schluß folgt.)

Referate.

— **Beitrag zur Frage der Innervation der Schweißdrüsen.** Von Ass.-Arzt Dr. Alfred Neumann, Edlach, Nied.-Österr. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 31.

Man muß annehmen, daß die nervöse Versorgung der Schweißdrüsen nicht allein sympathische Fasern enthält, sondern auch autonome, und von diesen letzteren, daß sie die Förderung besorgen und durch Pilokarpin und Atropin beeinflußt werden, während den sympathischen Fasern die Hemmung zufällt. B.

— **Einrichtung zu gleichzeitiger elektrischer (speziell galvanischer) Behandlung mehrerer Verwundeter.** Von Prof. Alfred Fuchs. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 33.

In der Nervenklinik und dem klinischen Ambulatorium des Hofrates v. Wagner hat F. folgende Einrichtung geschaffen.

Die von der Batterie abgehenden zwei Leitungsschnüre müssen je nach der Anzahl der gleichzeitig zu Behandelnden doppelt, dreifach, vierfach usw. gegabelt sein. Jedes Abzweigungspaar leitet zu einem Widerstand (Rheostaten), von welchem Leitungsschnüre zu den beiden Elektroden je eines Kranken gehen.

Im metallischen Stromkreis, und zwar in dem noch nicht gegabelten Hauptkabel, findet eine automatische Polwendung statt, durch Einfügung einer Wippe oder eines Unterbrechers, welche letzteren Apparate durch einen kleinen Motor in Antrieb gesetzt und je nach Bedarf im Tempo reguliert werden können.

Die Patienten werden rings um den Apparat gesetzt oder gelagert, so zwar, daß jeder Kranke mit einem eigenen Widerstand (Rheostat) verbunden ist. Die Elektroden werden je nach Erfordernis des einzelnen Falles am Körper befestigt, am zweckmäßigsten biegsame Platten, welche angebunden werden. Die anfängliche Stromstärke wird im Zentralrheostaten, d. h. im Widerstandsregulator der Stromquelle (Tableau oder Pantostat) auf eine bestimmte Höhe gebracht (4 bis 6 bis 8 bis 10 MA.), der Motor, welcher die Unterbrechung betreibt, angelassen, hierauf wird jeder Einzelrheostat zu der für den betreffenden Patienten notwendigen Stromstärke in der üblichen Weise reguliert.

Die absolut rhythmische Unterbrechung und die Anwendung breiterer Elektroden, wodurch die Stromdichte herabgesetzt wird, gestattet weit größere Strommengen zu verwenden (20 bis 30 bis 50 MA.), als die übliche Methodik mittels der gewöhnlichen Unterbrechungselektrode, ohne daß Schmerzen oder gar Verbrennungen vorkämen.

Ein elektrodiagnostisch geschulter Arzt bestimmt den Grad der Entartungsreaktion und die Stelle, wo die Elektrode befestigt wird. Die Durchführung der Behand-



lung kann nun jeder intelligenten Pflegerin übergeben werden; eine Signaluhr gibt das Zeichen der Beendigung der therapeutischen Sitzung, nach 10 bis 15 bis 20 Minuten, worauf zunächst die Einzelrheostaten auf den Nullpunkt geschoben und im Zentralapparat der Strom ausgeschaltet wird, womit auch Motor und Polwender ihre Tätigkeit einstellen.

Faradische Reizungen können in analoger Weise ausgeführt werden, wobei die Regulierung der Stromstärke durch Verschieben der Sekundärspule im Zentralapparat besorgt werden muß; auf gleiche Weise erfolgt die Behandlung mit gemischtem farado-galvanischem Strom usw. Wenn vor jeden Kranken eine Signaluhr gestellt wird, so sind die einzelnen in bezug auf Beginn der Behandlung voneinander unabhängig, was wieder eine große Zeitersparnis bedeutet.

Die beschriebene Einrichtung wird nach Angabe von Fuchs von der Firma Schulmeister (Wien IX.) hergestellt. B.

— **Zur Frage der Erwerbsbeschränkung durch Dienstbeschädigung bei Kriegsneurosen.** Von Prof. Dr. Rosenfeld. Straßburger med. Ztg. 1917 H. 3.

Nähere Ausführungen darüber, daß nicht die Kapitalabfindung genügt, um die Zahl der Rentenempfänger zu vermindern, sondern bei vielen leichten Neurotikern die Beurteilung der Erwerbsbeschränkung durch Dienstbeschädigung eine strengere sein und Rente überhaupt verweigert werden muß. B.

— **Über Kriegsneurosen, ihre Prognose und Behandlung.** Von Prof. Dr. Rosenfeld. Arch. f. Psych. Bd. 57 H. 1.

Es werden gruppenweise besprochen: einfache nervöse Erschöpfung, einfache nervöse Erschöpfung mit lokalisierten Organbeschwerden, nervöse Erschöpfung mit depressiver Verstimmung, nervöse Erschöpfung bei angeborener Psychopathie und geistiger Minderwertigkeit, nervöse Erschöpfung mit motorischen Reizerscheinungen mit allgemeinem oder auf einzelne Extremitäten beschränktem Tremor und tikartigen Bewegungen), Fälle mit Bewußtseinstrübungen und Krampfzuständen, funktionelle Kontrakturen im Bereich der Extremitäten und der Rückenmuskulatur, die funktionellen Extremitätenlähmungen, die Simulanten.

Besonders hervorzuheben ist Rosenfelds Hinweis, daß man die funktionellen Extremitätenlähmungen zum Teil auch durch Mitwirken angioneurotischer Störungen erklären kann, die in vielen Fällen vorhanden sind, in manchen sich zurückbilden, in anderen aber nicht, und namentlich nicht in denen mit ungünstiger Prognose. Zwischen der Intensität der angioneurotischen Störungen und den sie begleitenden sensiblen Störungen einerseits und der Intensität der motorischen Störungen andererseits besteht ein gewisser Parallelismus. Sie können reflektorisch durch Schmerzen bei der Verletzung und primär entstanden, vielleicht den plötzlichen Verlust des Organgefühls in der Extremität und dadurch die motorische Störung vermitteln; sie brauchen nicht immer psychisch oder durch Inaktivität der Extremität oder von den sympathischen Zentren aus entstanden zu sein. Das große Gebiet der vasomotorischen Neurosen gibt viele Anhaltspunkte.

Bei den Simulanten ist einer interessant, der in der Trunkenheit die simulierte Gangstörung vergessen hatte und abends fröhlich in normaler Gangart ins Lazarett zurückkehrte. (Vergl. hierzu Weyert, Militärpsychiatrische Beobachtungen, Alkoholversuch, S. 90; Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.) B.

— **Über familiäre Hemikrania vestibularis.** Von F. Boenheim. Neurol. Zentralbl. 1917 Nr. 6.

Unter ererbter und früh erworbener Disposition (Rachitis, Spasmophilie, Zahnkrämpfe, Übererregbarkeit des Nervus opticus) traten bei dem jetzt 23 jährigen Kranken im 7. Lebensjahr heftige Kopfschmerzen auf, die sich seitdem ständig in kurzen Zwischenräumen von wenigen Tagen wiederholen. Sehr bald verbanden sich damit Schwindelanfälle, die aber auch in der anfallsfreien Zeit oft vorhanden sind. Bis 1914 war der Kopfschmerz nur rechtsseitig, in der letzten Zeit tritt er auch links auf. Er beginnt sofort nach dem Aufstehen; er zieht am rechten Ohr vorbei nach links. Daneben Flimmerskotom (feuerartige Strahlen vor den Augen). Bei besonders heftigem Kopfschmerz Erbrechen. Beim Schwindel Gefühl des Karusselfahrens; die Gegenstände drehen sich von links nach rechts horizontal. In Pausen von etwa drei Vierteljahren bei langsamem Gehen plötzlich Kopfschmerzen, Umfallen, Bewußtseinsverlust, Zuckungen in Arm und Bein; dabei gelegentlich einmal Zungenbiß; Narbe an der Zunge. Befund: Verstopfung der Nase. Rechtes Trommelfell eingezogen; linkes vernarbt. Hinter dem linken Ohr Operationsnarbe. Kälte-Nystagmus von beiden Ohren deutlich, aber schwach auslösbar. Sonst kein wesentlicher Befund. Mutter hatte dieselben Kopfschmerzen mit Schwindelanfällen und Erbrechen, starb mit 56 Jahren an „Gehirnverkalkung". Großmutter mütterlicherseits Kopfschmerzen. Die sechs Geschwister des Kranken leiden alle mehr oder minder an Migräne und Schwindel; ein Kind einer Schwester an Schwindelanfällen, zu denen später Krämpfe traten; das Kind einer anderen Schwester ist nervös. — Boenheim hält diesen Fall für zugehörig zur Vertigo pe[illegible]anens Oppenheims (1911). B.

Buchbesprechungen.

— Többen, H.: Beiträge zur Psychologie und Psychopathologie der Brandstifter. Berlin 1917, Julius Springer. 105 S. Geh. 4,80 M.

In seiner interessant und übersichtlich geschriebenen Abhandlung stützt sich der Verfasser auf 57 Fälle eigner



Beobachtung aus seiner forensischen Tätigkeit in Münster i. W., sowie auf eine große Reihe einschlägigen Aktenmaterials. Ein kurzer historischer Überblick und eine gründliche Verarbeitung der Brandstifterliteratur erhöhen den Wert der Arbeit, die auch die kulturelle und volkswirtschaftliche Bedeutung des vorliegenden Problems eingehend berücksichtigt. Mit Recht, denn es überrascht, aus den statistischen und sonstigen Ausführungen des Verfassers zu erfahren, in welchem Umfang jährlich wertvolle Güter durch Brandstiftung vernichtet werden. Auch über die Beziehungen des Themas zum Weltkrieg finden sich sehr interessante Darlegungen. — Den meisten Raum beanspruchen in dem psychologischen Hauptteil der Abhandlung entsprechend ihrer vorwiegenden Bedeutung die nicht eigentlich krankhaften Brandstiftermotive. Sie sind von höchster Mannigfaltigkeit, zuweilen ins Groteske gesteigert. Den Begriff einer Pyromanie als einheitlicher Erscheinung lehnt Verfasser ab. Die Brandstiftung durch Geisteskranke wird für nur 10 bis 15% der Fälle anzunehmen sein. — Ausführliche Bekämpfungsvorschläge (Vagabundenfrage!) beschließen die zweifellos wertvolle Arbeit. Nicht nur kriminalpsychologisch Interessierte und Psychiater, sondern auch Juristen, Volkswirtschaftler, Pädagogen (Kinderbrandstiftungen sind ganz auffallend häufig!) und vor allem die Fachleute des Feuerversicherungswesens werden die Abhandlung Tōbens mit Gewinn lesen.

Mörchen - Wiesbaden.

— Ziehen: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. II. Hälfte. Berlin 1917, Reuther & Reichard.

Nunmehr ist auch die 2. Hälfte dieser Schrift des Verf. erschienen, der sich anscheinend nicht einem Otium cum dignitate hingibt, sondern uns aus seinem reichen Erfahrungsschatze noch Wertvolles zu bieten gewillt ist. Es enthält dieser zweite Band die Psychosen ohne Intelligenzdefekt (funktionelle Psychosen), die Einteilung und Nomenklatur ist in dem bekannten Ziehenschen Schema gehalten, das bekanntlich von dem Kraepelinschen am meisten abweicht. So teilt Z. in einfache und zusammengesetzte Psychosen. Die Weiterteilung der letzteren geschieht wie in dem als allbekannt vorauszusetzbaren Psychiatrielehrbuch des Verf.s, die der ersteren in affektive Psychosen, intellektuelle Psychosen und psychopathische Konstitutionen. Überall weiß Z. den Stoff sehr lehrreich mit einer staunenswert großen Fülle von Krankengeschichten aus seinem schier unerschöpflichen Erfahrungsschatze zu illustrieren.

Wern. H. Becker - Herborn.

— Pollitz, P.: Die Psychologie des Verbrechers. 2. Aufl. Aus der Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt". Leipzig-Berlin 1916, Teubner.

Die 128 Seiten umfassende kleine handliche Schrift wendet sich in erster Linie an Strafvollzugsbeamte, Richter und Staatsanwälte, des weiteren an Verwaltungsbeamte, Polizeibeamte, Nationalökonomen, Moralstatistiker, Politiker, Ärzte und Geistliche. Nach einer kurzen Einleitung folgen dann kurze Wiedergaben der Lehren führender Kriminalpsychologen, wie Lombroso, Ferri, Lißt. In zwei großen Kapiteln folgen dann erst die allgemeine und dann die spezielle Kriminalpsychologie. Im ersteren Kapitel werden Geschlecht, Lebensalter, Eheverhältnisse beim Individuum und bei dessen Eltern, Beruf, lokale Verhältnisse, Konfession, wirtschaftliche Lage der Reihe nach in ihren Beziehungen zum Verbrechen dargelegt, wobei die Anschauungen anderer Autoren viel zitiert und oft wörtlich wiedergegeben werden. Die spezielle Kriminalpsychologie behandelt zunächst auf 13 Seiten die Beziehung zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen. Hier möchte ich einen Augenblick des Sonderinteresses halber, das wir an diesen 13 Seiten gerade haben, verweilen.

Leider vermissen wir Mediziner hier eine genauere Trennung nach Diagnosen. Indessen müssen wir uns damit abfinden, daß das Büchlein außer für uns für eine Anzahl anderer oben genannter Berufsstände geschrieben ist. Berücksichtigen wir das, so muß man zugeben, daß auch dieses Kapitel ziemlich flüssig und fast alle wichtigen Tatsachen registrierend geschrieben ist. Jedoch erscheint es uns nicht gerechtfertigt, daß der Alkoholismus im nun folgenden einen besonderen Abschnitt bilden soll; denn die krankhaften Äußerungen akuten oder chronischen Alkoholgenusses, die schiefe Ebene auf die exzessive oder haltlose Trinker geraten, insbesondere die Opfer des pathologischen Rausches gehören noch zu unserer Verbrecherkategorie. Ebenso teilweise die der Prostitution, dem Bettler- und Vagabundentum Verfallenen. Allerdings muß man zugeben, daß es sich hier um Grenzgebiete handelt und daß sich Wiederholungen bei Erfüllung meiner Forderung kaum hätten vermeiden lassen. Recht instruktiv sind aber zwei Ahnentafeln von degenerativen Familien, auf die ich noch besonders hinzuweisen nicht unterlassen möchte.

Besondere Abschnitte sind dann zum Schluß noch den kriminellen Jugendlichen, den Sexualverbrechern, den gewerbs- und gewohnheitsmäßigen Verbrechern und der Verbrechersprache, die übrigens auch sonst schon



vorher mit gelegentlichen Fingerzeigen erwähnt ist, gewidmet.

Alles in allem genommen: ein lehrreiches und durchaus empfehlenswertes Büchlein und Nachschlagewerk, dessen Anschaffung für eine psychiatrische, z. B. Anstalts-Bibliothek gutgeheißen werden kann, wenn der Maßstab des eigentlichen psychiatrischen Wissensgebietes nicht zu eng gezogen wird.

Wern. H. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— Über die therapeutische Verwendung des **Thiocols** und **Sirolins** bei Erkrankungen der Atmungsorgane berichtet Generaloberarzt Dr. Rath (Klin.-Therap. W. 1917 Nr. 5/6 S. 33). Er betrachtet den Kampf der Meinungen über den Wert des Kreosots und seiner Abkömmlinge zu deren Gunsten entschieden und empfiehlt, gestützt auf 18jährige Erfahrungen, die Anwendung des Guajacolderivats Thiocol bezw. seiner gebrauchsfertigen sirupösen Lösung, des Sirolins (Thiocol-Orangensirup), eindringlich.

Seine Beobachtungen erstrecken sich auf mindestens 250 Fälle von Lungentuberkulose, besonders im Anfangsstadium, akute und chronische Erkrankungen der Luftwege. In keinem einzigen Fall habe das Sirolin versagt. „Heiserkeit, Husten und Auswurf verschwanden in wenigen Tagen."

Zum Schluß weist er noch auf die antidiarrhoische Wirkung des Thiocols hin, rät zu seiner Anwendung bei Dysenterie und regt exakte morphologische und biologische Untersuchungen an, damit die Indikationen auf sicherer wissenschaftlicher Grundlage fußen können.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 28. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

IV M



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 28. 6. Oktober **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

An neun von Noethe-Halle (Über Nystagmus bei Verletzungen des Fußes der II. Stirnhirnwindung; D. m. W. 1915 Nr. 41) mitgeteilten Fällen wird gezeigt, „daß eine die Gegend über dem Fuß der zweiten Stirnhirnwindung oder die Nachbarschaft betreffende Kopfverletzung ein Augenzittern auszulösen imstande ist, welches nicht mit einer Affektion der Medulla oblongata erklärt werden kann, für welches vielmehr eine Schädigung des im Fuß der zweiten Stirnwindung gelegenen Blickzentrums in Frage kommt." Die Annahme, ob mit der Verletzung eines bestimmten, z. B. des rechten Blickzentrums, ein gesetzmäßig in derselben Richtung auftretender Nystagmus verbunden ist, etwa analog der konjugierten Blicklähmung nach der dem Krankheitsherd gegenüberliegenden Seite, ließ sich aus den angeführten Fällen nicht bestätigen.

Da von jedem der beiden Blickzentren alle Formen des Nystagmus erzeugt wurden, wird angenommen, daß jedes Zentrum sich zusammensetzt aus Teilen, welche den rechten, den linken usw. Nystagmus erzeugen, und daß eine Affektion aller einzelnen Teile zusammen den nach allen Seiten gerichteten Nystagmus hervorruft. Aus Fällen, in denen ein Krankheitsherd sich langsam von einer Seite her, z. B. von vorn, über das Zentrum ausbreitete und so erst einen nach rechts gerichteten, dann einen doppelseitigen usw., schließlich einen allseitigen Nystagmus erzeugte, ergab sich, daß Schädigung des gesamten Zentrums einen allseitigen, partielle Affektionen einseitigen Nystagmus hervorrufen.

Die Beobachtungen lassen auch vermuten, daß im Fuß der zweiten Stirnwindung nicht nur Bewegungen für eine nach der anderen Seite gewendete Blickrichtung ihren Ursprung haben — die Déviation conjugée —, sondern auch andere Augenbewegungen. Déviation conjugée, eine nur selten für längere Zeit zu beobachtende Krankheitserscheinung, war in Noehtes Fällen nur einmal angedeutet und einmal deutlich, aber nur kurzdauernd zu beobachten. (Eine andauernde gekreuzte Deviation ist beschrieben im Neurolog. Zentralbl, 1896.

K. Löwenstein (Neurol. Ztrbl. 1915 Nr. 17) beschreibt zerebellare Symptomenkomplexe nach Kriegsverletzungen, wobei die Ergebnisse der Báránýschen Untersuchungsmethode und Unterscheidung und Verquickung von Organischem und Funktionellem besonders beachtenswert sind.

I. Schuß gegen die rechte Kopfseite. Nach ca. 17 Tagen Rückkehr der Besinnung; dabei bereits Vernarbung der Ein- und Ausschußöffnungen links hinten am Schädel. Starke Unsicherheit beim Gehen und Stehen, Verlangsamung der Sprache, Verschlechterung des Gedächtnisses. Sonst keine Störungen, keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, kein wesentlicher Schwindel. Keine allgemeine Nervosität, Reizbarkeit usw. Sprache und Gang in letzter Zeit etwas besser.

In der linken Hinterhauptsgegend zwei oberflächliche, kleine, nicht mit dem Knochen verwachsene Narben, die eine angeblich von einem Sturz im 17. Lebensjahre herrührend. Entsprechend die-



ser Narbe röntgenologisch Fraktur des Hinterhauptbeins, Knickung der Kontur, die nach dem Urteil des Röntgenologen auch von der im 17. Lebensjahr erlittenen Verletzung herrühren kann.

Ophthalmoskopisch normal, Pupillen reagieren prompt, Fazialis, Hypoglossus frei. Motilität, Sensibilität und Reflexe völlig normal. Keine Bewegungsataxie in den Armen und Beinen, keine Adiadochokinesis. Sprache langsam, schleppend und tremolierend, Langziehen der einzelnen Silben, etwas an Skandieren erinnernd.

Patient steht breitbeinig, geht breitbeinig mit kleinen, wippenden, gleichmäßigen Schritten, doch ohne eigentliches Schwanken. Sobald er die Beine nähert, fällt er und zwar immer nach rechts. Auch durch Stoß wird er sofort aus dem Gleichgewicht gebracht. Im Sitzen keine Unsicherheit. Auch wenn er an beiden Händen gehalten wird, fällt er nach Fußschluß in derselben Weise nach rechts. Stehen auf einem Bein unmöglich.

Ohrbefund: Links: Trommelfell und Gehör normal. Rechts: Trommelfell normal; laute Flüstersprache am Ohr, Knochenleitung für tiefe und mittlere Töne stark herabgesetzt, für hohe Töne aufgehoben. Ebenso, aber noch stärker die Luftleitung herabgesetzt. Weber nicht lateralisiert. Also: hochgradige, wohl nervöse Schwerhörigkeit. Simulationsprüfung ergab keine Simulation.

Spontaner geringer Nystagmus nach rechts. Spontan beiderseits kein Vorbeizeigen.

Bei Kaltspülung des linken Ohrs starker Nystagmus nach rechts, danach kein Vorbeizeigen beiderseits. Das Fallen geschieht danach in genau der gleichen Weise wie spontan oder noch stärker nach rechts (!), niemals nach links.

Bei Kaltspülung des rechten Ohrs kein bezw. einmal ganz schwacher Nystagmus nach links, danach beiderseits kein Vorbeizeigen. Fallen danach nach rechts wie spontan.

Diagnose: Traumatische Affektion des rechten nervösen Hörapparats (Labyrinth oder N. octavus) und des Zerebellums; ob durch Schußverletzung, scheint fast unwahrscheinlich. Daß der Nystagmus kein labyrinthärer war, ergab sich aus der Dauer seines Bestehens (9 Monate).

Das Fehlen aller Vorbeizeigereaktionen, nicht selten bei Tumoren des Kleinhirns oder solchen, die einen Druck auf dasselbe ausüben (K. Löwenstein, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XXIV, H. 5), ließ sich auch hier durch eine diffuse Schädigung des Zerebellums erklären.

Vielleicht findet bei Fehlen der Reaktionen funktionelle Kompensation des Vorbeizeigens vom Großhirn statt. Bezüglich des Fehlens der Fallreaktionen nimmt Löwenstein an, daß das geschädigte Zerebellum durch den kalorischen Reiz nicht mehr so gereizt werden kann, daß die spontane Gleichgewichtsstörung beeinflußt wird bezw. daß letztere so stark ist, daß durch sie eine Kompensation der durch die kalorischen Reize hervorgerufenen Reaktionen herbeigeführt wird.

Bei dem Fallen nach rechts, wie bei der Geh- und Sprachstörung ein ungewöhnliches funktionelles Gepräge. Dem Fallen fehlte das Inkoordinierte, Ungleichmäßige, eigentlich Ataktische; es hatte „gewissermaßen etwas Systematisiertes". Auch beim Gang kam es nie zu eigentlichem Wackeln und Schwanken, sondern nur zu gleichmäßigen, zitternden, fast rhythmischen, leicht wippenden Bewegungen, die sich auch in der Ruhe beim Sitzen einstellten. Patient konnte sich aus sitzender Stellung nur erheben, wenn er die Füße breit auseinander machte. Tat er das nicht, so fiel er völlig in sich zusammen, auch wenn man versuchte, ihn vom Stuhle aufzuheben. Die Sprache war abgehackt, zögernd, dabei völlig gleichmäßig, ohne Spur von Inkoordination, im Gegenteil von gewissem Rhythmus durchdrungen.

Das Psychogene scheint eine wesentliche Rolle zu spielen. Die Symptome einer organischen zerebellaren Schädigung waren psychogen fixiert und verändert.

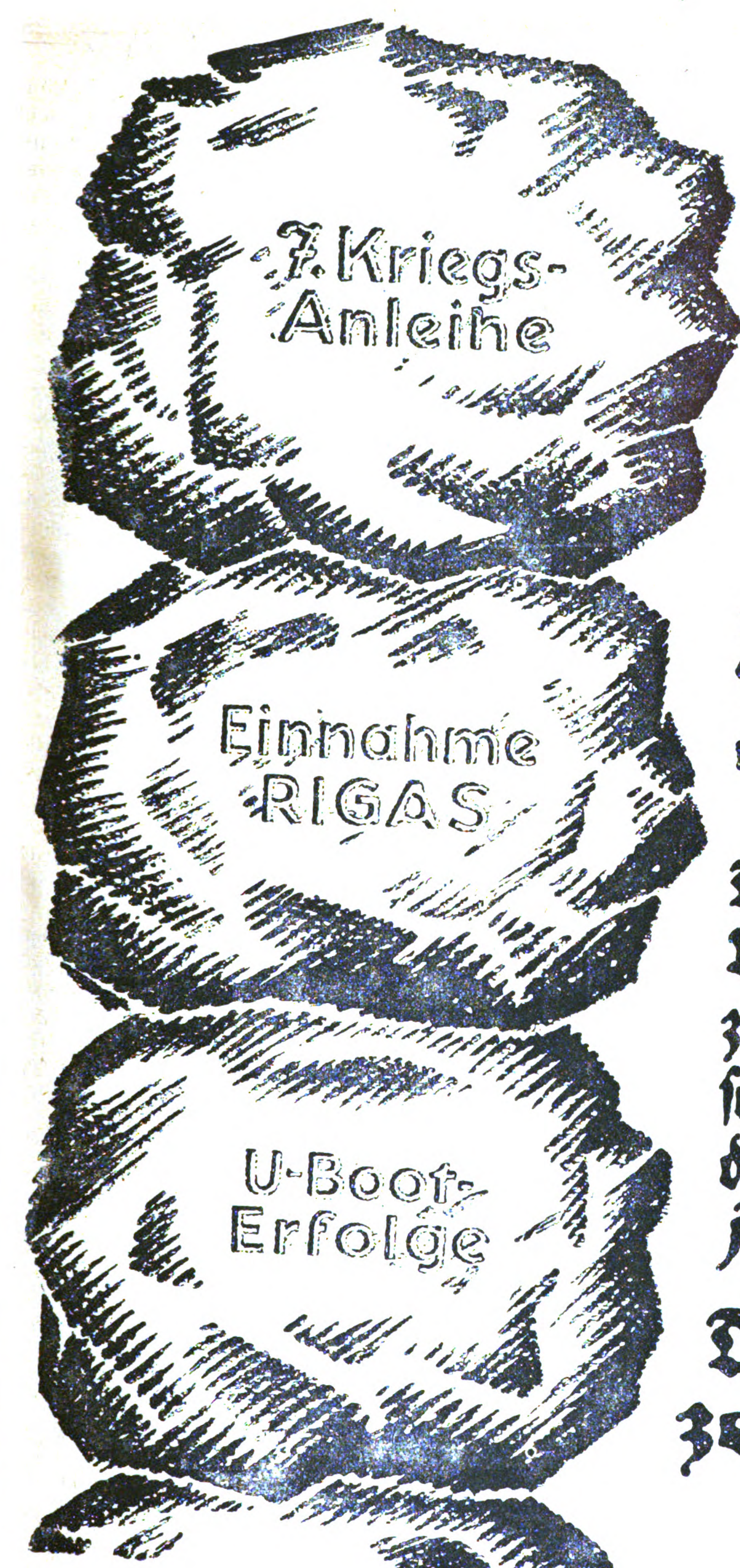
II. Schrapnellprellung am Kopf mit alsbald eintretender Bewußlosigkeit, Erbrechen. Klagt über Flimmern und Doppeltsehen. Äußerlich keine Verletzung am Kopf, aber sehr starke Druckempfindlichkeit von Handflächenumfang oben auf Scheitel, wo sich ein subkutanes, flächenhaftes Hämatom findet. Das Doppeltsehen schwand schnell, das Erbrechen hielt 2 Monate an, ferner Kopfschmerzen und Schwindel, sowie leichte Erregbarkeit, Reizbarkeit und schlechter Schlaf. Fällt beim Gehen und Stehen immer nach rechts, ist vollkommen unsicher und kann sich ohne Hilfe nur wenige Schritte fortbewegen.

Ophthalmoskopisch normal, Pupillen reagieren prompt; leichte Parese des rechten Mundfazialis, besonders deutlich beim Lachen, Hypoglossus frei. Röntgenologisch am Schädel keine Veränderung. Motilität, Sensibilität und Reflexe an Armen und Beinen ohne Störungen, keine Bewegungsataxie an Armen und Beinen. Keine Adiadochokinesis.

Ständiger spontaner Nystagmus nach rechts. Nach links zeitweilig geringe, aber nicht sicher pathologische Zuckungen. Bei Hintenüberneigen des Kopfes nimmt der Nystagmus deutlich zu und treten Schwindelempfindungen ein.

Im Sitzen keine Unsicherheit. „Er steht breit-





So
wird der Friede erreicht

Der nächste Baustein zum Frieden sei der Erfolg der Kriegs-Anleihe

Darum zeichne!

beinig, fällt aber dabei, sobald er sich nicht festhält, nach rechts, auch wenn er sich mit der linken Hand festhält, hat er das Gefühl, als ob ihn etwas nach rechts hinüberzieht; an der Hand des Untersuchenden findet er scheinbar keine Stütze, man hat den Eindruck, daß ein phobisches Moment im Spiele ist. Er sieht verängstigt aus und drängt, wie von einer Gewalt gezogen, nach rechts hinüber und dreht sich dabei oft um seine vertikale Achse nach rechts. Beim Gehen besteht hochgradige Unsicherheit, er stürzt dabei immer nach rechts und fällt, wenn er sich nicht festhalten kann, nach einigen Schritten hin. Es kommt dabei auch zu einer Deviation nach rechts, aber nicht in dem Maße, wie beim freien Stehen. Dabei stürzt er beim Gehen auf einen Gegenstand zu; geht man neben ihm, so merkt man, daß er nach rechts hinüberdrängt. Beim Stehenbleiben kommt es gewöhnlich zu einer Rechtsdrehung des ganzen Körpers. Das Rückwärtsgehen ist ungemein unsicher. Bei all diesen Versuchen kommt es zu starker Erregung, Angstgefühl, Schweißausbruch und Tachykardie."

„Die Gegenstände der Umgebung führen nur beim Gehen eine oszillierende Bewegung aus, und zwar ist es ein Heben und Senken der Gegenstände. Er macht diese Angaben sehr bestimmt, Nausea stellt er dabei in Abrede. In der Regel hat er keinen Schwindel, sobald er aber im Liegen mit dem Kopf tief kommt, und zwar wenn der Kopf tiefer liegt wie das Genick, stellt sich ein Drehschwindel ein, das Bett bewegt sich im Kreis, im Sinne des Uhrzeigers. Der Schwindel bildet sich in der Regel schnell zurück; selbst nach Treppensteigen, wobei es zu stärkeren Anfällen kommt, braucht er sich nur eine Minute fest anzulehnen, um den Schwindel zu unterdrücken."

Pulsveränderung bei diesen Erscheinungen erheblich.

„Ohrbefund: Flüstersprache beiderseits 4 m. Weber nicht lateralisiert. Rinne beiderseits positiv. Knochen- und Luftleitung rechts nur wenig verkürzt.

Kaltspülung des rechten Ohrs: typischer Nystagmus nach links. Typisches Vorbeizeigen beiderseits nach rechts. Fallen nach rechts ebenso oder stärker als spontan.

Kaltspülung des linken Ohrs: Nystagmus nach rechts nur mäßig verstärkt, wesentlich geringer als der Nystagmus nach links bei Rechtsspülung. Danach im rechten Arm kein Vorbeizeigen nach links (innen!, also nicht sicher pathologisch), im linken Arm bei mehreren Prüfungen kein Vorbeizeigen, einmal ganz schwaches Vorbeizeigen nach links. Bei allen Prüfungen blieb danach das Fallen nach rechts (!) in demselben Maße wie spontan bestehen."

Als organisch wird der Nystagmus, die Herabsetzung der linken kalorischen Reaktion und das Fehlen bezw. die starke Herabsetzung der Vorbeizeigereaktion nach außen im linken Arm angesehen und ein Prozeß am linken Zerebellum, Prellung durch das Schrapnell und Blutung angenommen.

Das eigenartige Verhalten der Fallreaktionen, das Auftreten eines deutlichen Nystagmus, nicht aber von Fallen nach links durch Links-Kaltspülung, ließ eine funktionelle Kompensation des kalorisch hervorgerufenen Linksfallens durch das starke spontane Fallen nach rechts vermuten.

Die Gleichgewichtsstörung unterschied sich durchaus von der gewöhnlichen zerebellaren Ataxie durch das Zwangsartige der Haltungen, die nur bei Bewegungen und beim Stehen auftrat, in Ruhe, Liegen und Sitzen fehlt.

Es bestand gewisse Gleichmäßigkeit und Regelmäßigkeit, etwas Zielbewußtes, das eigentlich Ataktische fehlte.

Auch hier ist durch die mit der sicheren organischen, zerebellaren Läsion verbundenen funktionellen Symptome das Kranksheitsbild ein kompliziertes geworden.

III. Einschuß drei Querfinger breit unter dem linken Auge. Ausschuß und Operationsnarbe (von einer späteren Öffnung eines kleinen Abszesses mit Entfernung von Splittern) am Hinterhaupt in der Mittellinie, bis in die obere Nackengegend herunterreichend. Nach der Verletzung 8 Tage Bewußtlosigkeit. Seitdem starke Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwerhörigkeit links, Lähmung der linken Gesichtshälfte, Unsicherheit des Ganges, starker Schwindel, kein Erbrechen. Zuerst angeblich auch Beinlähmung und Sprachstörung. Beschwerden gebessert, Kopfschmerzen, Schwindel, Unsicherheit, Schwerhörigkeit bestehen aber noch.

Ophthalmoskopisch normal, Pupillenreaktion prompt, Zunge gerade, totale linksseitige Fazialislähmung in allen Zweigen mit kompletter Entartungsreaktion und Geschmacksstörung. Leichte Hypalgesie und Hypästhesie im linken zweiten und dritten Trigeminusast.

Motorische Kraft, Reflexe und Sensibilität an Armen und Beinen normal. In den Armen keine Bewegungsataxie, im linken Bein leichte Bewegungsataxie, rechts nicht. Ausgesprochene Adiadochokinesis in der linken Hand, rechts nicht. Beim Augenfußschluß Schwanken mit vorwiegendem Fallen nach links. Beim Gehen typische zerebellare Ataxie.



Spontaner Nystagmus nach links, nicht nach rechts.

Ohrbefund: Links: Trommelfell normal. Konversationssprache am Ohr. Knochenleitung sehr stark verkürzt, Luftleitung für Stimmgabel aufgehoben. Rechts: Normal: Also: hochgradige nervöse Schwerhörigkeit links, vielleicht auch Taubheit.

Spontanes Vorbeizeigen im linken Arm nach außen und nach oben, im rechten Arm kein Vorbeizeigen.

Bei Kaltspülung des linken Ohrs kein Nystagmus nach rechts. Danach kein Vorbeizeigen beiderseits, Fallen nach links wie spontan.

Bei Kaltspülung des rechten Ohrs erhebliche Verstärkung des Nystagmus nach links, danach im rechten Arm Vorbeizeigen nach außen, im linken Arm kein Vorbeizeigen. Nach Kopfdrehung nach rechts im linken Arm Vorbeizeigen nach oben (wie spontan), auch nach Kopfdrehung nach links Vorbeizeigen im linken Arm nach oben oder richtig Zeigen, aber kein nach unten Zeigen. Typisches Fallen nach rechts.

Neben peripherer Verletzung des N. facialis und des N. octavus links, vielleicht auch des II. und III. Trigeminusasts, Verletzung des linken Zerebellums (Nystagmus nach links, zerebellare Ataxie mit vorwiegendem Fallen nach links, Bewegungsataxie im linken Bein und Adiadochokinesis in der linken Hand).

Die Befunde bei der B á r á n y schen Untersuchung: im linken Arm spontanes Vorbeizeigen nach außen und Fehlen der kalorischen Reaktion nach innen; im linken Arm spontanes Vorbeizeigen nach oben und Fehlen der kalorischen Reaktion nach unten nach Kopfdrehung nach links. — Läsion der linksseitigen Vorbeizeigezentren nach innen und unten; ersteres nach B á r á n y im Lobus biventer am Übergang der vorderen in die seitliche Fläche, letzteres am medialen Ende der Lobi semilunaris sup. et inf. lokalisiert. Das Symptomenbild war ein e i n h e i t l i c h o r g a n i s c h e s; Z e i c h e n e i n e r f u n k t i o n e l l e n E r k r a n k u n g n i c h t v o r h a n d e n.

IV. Einschuß am lateralen Ende der rechten Augenbraue, Ausschuß dicht hinter dem rechten Ohr, mit dem Knochen verwachsen, nicht druckempfindlich. Röntgenologisch: keine Knochenverletzung. Vier Tage dauernde Bewußtlosigkeit, mehrmaliges Erbrechen. Kopfschmerzen. Seit der Verletzung Schwerhörigkeit rechts, Unsicherheit beim Gehen, Fallen nach rechts, Schwindel, Müdigkeit.

Ophthalmoskopisch normal, Pupillenreaktion prompt, Hypoglossus frei, der linke Mundwinkel etwas weniger innerviert als der rechte. Motorische Kraft, Sensibilität und Reflexe an Armen und Beinen normal. Keine Bewegungsataxie in den Armen und Beinen. Bewegungsfolge in der linken Hand etwas verlangsamt, aber nicht sicher pathologisch. Beim Sitzen und Augenschluß leichtes Schwanken. Bei Stehen mit Augenfußschluß Schwanken nach rechts und etwas nach vorn. Beim Gehen und Kehrtmachen nur wenig Unsicherheit, beim Gehen mit geschlossenen Augen starke Unsicherheit.

Ohrbefund: Links: normal. Weber nach links. Rechts Flüstersprache am Ohr, Rinne positiv. Knochen- und Luftleitung stark verkürzt, hohe Töne fehlen.

Der Kopf wird immer etwas nach rechts geneigt gehalten. Spontaner Nystagmus nach beiden Seiten, gewöhnlich nach rechts stärker als nach links. Im linken Arm spontanes Vorbeizeigen nach innen (konstant). Im rechten Arm kein Vorbeizeigen.

Bei Kaltspülung des linken Ohrs Verstärkung des Nystagmus nach rechts, Abschwächung bezw. Auslöschung des Nystagmus nach links. Danach im rechten Arm deutliches Vorbeizeigen nach links (innen), im linken Arm kein Vorbeizeigen nach außen, der Arm zeigt richtig, manchmal sogar wie spontan nach rechts (innen) vorbei. Danach starkes Fallen nach links.

Nach Kaltspülung des rechten Ohrs mäßige Verstärkung des Nystagmus nach links, Abschwächung des Nystagmus nach rechts. Danach typisches Vorbeizeigen in beiden Armen nach rechts und starkes Fallen nach rechts.

Affektion des rechten Nervus octavus bezw. des rechten Labyrinths und des Zerebellums.

Báránysche Untersuchung: Im linken Arm spontanes Vorbeizeigen nach innen und Fehlen der kalorischen Reaktion nach außen (Läsion des linken Außenzentrums (Lobus semilunaris sup. et. inf., laterale Partie); wahrscheinlich Blutung in der hinteren Schädelgrube oder indirekte Läsion durch Contrecoup. E s f e h l t j e d e f u n k t i o n e l l e K o m p o n e n t e; die Symptome waren r e s t l o s d u r c h d e n o r g a n i s c h e n P r o z e ß, die Kombination einer Erkrankung des Zerebellums und eines Labyrinthapparats, erklärt.

(Auf die Diskussion zwischen L ö w e n s t e i n und R. J. F r i e d l ä n d e r über den Fall II in Nr. 17 des Neurol. Ztbl. Nr. 21, 1915, kann hier nur hingewiesen werden.) (Fortsetzung folgt.)



Buchbesprechungen.

— Vogt: Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten. Bearbeitet unter Mithilfe von 24 Mitarbeitern. 2 Bände, zusammen 1239 Seiten. Jena 1916, Gustav Fischer.

Ein großzügig angelegtes, exakt durchgeführtes Werk, das nicht nur dem Nervenarzt als gutes Nachschlagewerk dient, sondern auch allen Vertretern verwandter Disziplinen, so oft dieselben an das neurologische Gebiet grenzen, Wertvolles bietet; die Psychiatrie erfährt sogar noch eine besondere Berücksichtigung, indem in einem eigenen Kapitel (S. 1158 bis 1167) die Therapie plötzlich ausbrechender Geisteskrankheiten eingehend besprochen wird, abgesehen davon, daß Dementia paralytica, Epilepsie und andere Krankheitszustände, die sowohl der Neurologe wie der Psychiater zu seinem Fach rechnet, an anderer Stelle ihre volle Würdigung finden. Der Neurologe findet aber so ziemlich alles, was seine Spezialwissenschaft an Dauerwerten hervorgebracht und anerkannt hat, ja sogar noch manche Eintagsfliege, wie z. B. längst wieder obsolet gewordene, nur einmal empfohlene Medikamente (wie Argentum nitric., Electrargol u. dgl. als Epilepsiemittel); eine recht eingehende und lehrreiche Schilderung der ganzen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden; eine mit besonders viel Abbildungen versehene Darlegung der Übungs- und Mechanotherapie; nahezu 100 Seiten über Elektrotherapie, nicht zu vergessen die Kapitel über Balneo-, Klimato-, Stoffwechseltherapie und Krankenpflege. Ein allgemeiner und ein spezieller Teil, je in einem Band gebunden, erleichtert die Übersicht dieses Buches, das in der Bibliothek keines Arztes, der je mit Nervenkranken sich befaßt, fehlen sollte. Vermißt habe ich nur Kleinigkeiten, wie z. B. Epileptol, Cerebrin und Crotalin als Antiepileptika, Sauerstoffbäder bei der Balneotherapie u. a., was vielleicht bei einer zu erhoffenden zweiten Auflage Berücksichtigung findet, dessen Fehlen aber dem Wert dieser wirklich beachtenswerten Neuerscheinung keinen erheblichen Abbruch tut. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— **Pantopon.** Jacobaeus-Kopenhagen (Ugeskrift for Laeger 1916 Nr. 26) hat an 40 Patienten nachgeprüft, ob die dem Pantopon von den meisten Autoren zugeschriebenen Vorzüge, besonders dem Morphium gegenüber, zu Recht bestehen.

In 30 Fällen von Dyspnoe mit Schlaflosigkeit und schwerer Herzinsuffizienz zeigte sich das Morphium dem Pantopon nicht überlegen, vielmehr war bei einigen Kranken beim Pantopon eine bessere Wirkung als beim Morphium zu sehen, was erklärlich, da Morphium das Atemzentrum stark beeinflußt, während das beim Pantopon nicht oder auf jeden Fall in geringerem Grad geschieht. Nach Jacobaeus wirkt das Pantopon bei asystolischen Zuständen häufig nicht nur besser, sondern ist es weniger gefährlich als Morphium.

— **Beitrag zur Behandlung von Erschöpfungszuständen** bei Kriegsmaroden und -verletzten. Von Siegfried Lissau. Wien. med. Wochenschr. 1917 Nr. 10.

Zusammenfassend empfiehlt L. das Validol und seine Zusammensetzung mit Brom bei schweren körperlichen Erschöpfungszuständen, besonders jenen nervöser Natur und ausgesprochenen Herzneurosen.

Ehrensache.

Wie es eine Ehrensache für alle Deutschen ist, nach Kräften zur Kriegsanleihe beizusteuern, so wird es das Reich als eine Ehrensache betrachten, durch alle Jahre hindurch bis auf den letzten Pfennig den Kriegsanleihe-Besitzern zu bezahlen, was es schuldig ist. Irgend eine Kürzung im Wege einer Sondersteuer ist nach amtlichen Erklärungen, wie sich das übrigens auch ganz von selbst versteht, ausgeschlossen. Keine Reichsregierung und keine Volksvertretung würde dazu die Hand bieten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 29/30. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler,** Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 29/30. 13. Oktober **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Auszug aus den Jahresberichten der Großherzoglich Badischen Irrenanstalten für die Jahre 1913 und 1914.

(Schluß.)

Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz.

Direktor Med.-Rat Dr. Oster berichtet über Baugeschichte und allgemeine Verhältnisse der Anstalt. Folgende Einzelheiten seien daraus hervorgehoben.

Die Schiebetüren machen viel Geräusch, bedürfen häufig der Reparatur und sind nur zu empfehlen, wo sie wegen der Übersichtlichkeit oder Raumersparung nicht umgangen werden können.

Das Wieslocher Fenster zeichnet sich durch eine vorzügliche Ventilationsmöglichkeit mittelst des Drehflügels aus, doch hat sich hier schon bald gezeigt, daß die Drehflügel infolge ihres notwendigen Spielraums gegen die hier vorherrschenden heftigen Südwestwinde und die starken Schlagregen nicht genügend Schutz gewähren, besonders wenn der Spielraum durch Schwinden des Holzes noch vergrößert wird. Es sind deshalb statt des einfachen Fensters überall Doppelfenster erforderlich, wie solche schon gegen Norden und Osten vorhanden sind.

Bade- und Wascheinrichtungen, sowie Mischbatterien haben sich gut bewährt, nur die etwas umständliche Herausnahme der Reinigungssyphons beim Ablauf wird in den Neubauten eine andere Konstruktion erhalten müssen.

Die Abortspülung unmittelbar von der Wasserleitung, die auch in den unruhigen Abteilungen von den Kranken selbst bedient wird, ist nachahmenswert; nur selten wird von einzelnen Kranken Unfug damit getrieben.

Das Schlüsselsystem der Anstalt, Normalschloß mit einer Anzahl von verschiedenen Schlüsseln nach einem bestimmten Schema geordnet, hat sich nicht bewährt; es ist zu unübersichtlich und versagt deshalb oft.

Holzwolle als teilweise Matratzeneinlage können wir nicht empfehlen, wir werden hierfür zukünftig neben Roßhaar nur noch Crin d'Afrique verwenden; sehr zufrieden sind wir dagegen mit Kapokmatratzen, mit denen zum Teil die Personalbettstellen ausgestattet sind. Mit Baumwollbettwäsche machten wir gute Erfahrungen. Mit den Personenwagen sind wir zufrieden.

Daß wir auf die kostspieligen Heizkörperverkleidungen auch in den meisten Räumen der Bauten für Unruhige verzichteten, haben wir bisher nicht bereut; nur einmal zog sich eine unruhige Kranke eine oberflächliche Brandwunde zu. Überhaupt machten wir die Erfahrung, daß auch unruhigere Kranke oft eine wohnlichere Einrichtung vertragen; so wurden z. B. Fenstervorhänge, die überall in den unruhigen Abteilungen sind, nur selten abgerissen.

Aluminiumgeschirr verwenden wir in den unruhigen Abteilungen und als Essentraggeschirr; es bewährte sich sehr gut.

Koch- und Waschküche mit Nebenräumen machen durch ihre großen Raumverhältnisse und ihren hellen Anstrich einen ausgezeichneten, sauberen Eindruck. Die maschinellen und andern Einrichtungen sind in jeder Hinsicht zu loben, besonders erleichtern die elektrisch betriebenen Küchenmaschinen in hohem Grade

die Arbeit. Leider sind für den Küchenbetrieb unsere Keller fast durchgängig zu warm.

Der Wäschereibetrieb ging immer glatt von statten; wir verwendeten sowohl Seife als Seifenpulver, möchten ersterer aber den Vorzug geben, nicht nur weil Seife die Wäsche zweifellos mehr schont, sondern auch weil sie im Gebrauch sich noch billiger stellt. Eine Waschmaschine mit 65 kg Trockenwäsche benötigt etwa 2 kg Seifenpulver zum Preise von 22 Pf. = 44 Pf., während bei Seife der Aufwand sich nur auf 35 Pf. (1/2 kg Seife zu 56 Pf. = 28 Pf. und 1/2 kg kalzinierte Soda zu 14 Pf. = 7 Pf.) beläuft; dabei kommt hier noch in Betracht, daß die Seifenlauge zum zweiten Male für Grobwäsche verwendet werden kann, wodurch sich bei Seifengebrauch die tatsächlichen Kosten für eine Waschmaschinefüllung auf 28 Pf. ermäßigen.

An Feuerlöschgeräten wurden angeschaft: die nötigen Schläuche mit Schlauchzubehör, zwei Schlauchhydrantenwagen, eine Magirus-Patent-Leiter, verschiedene andere Leitern, Arbeitsgeräte, Beleuchtungsgegenstände und 34 Mannschaftsausrüstungen; außerdem 15 Hydronetten-Buttenspritzen für die einzelnen Bauten. Eine Prüfung der Geräte, insbesondere der mechanischen Leiter, durch Ingenieur Bucerius vom Landesgewerbeamt fand keine Beanstandungen. In den Gebäuden sind überall auslenkbare, drehbare Schlauchtrommeln verteilt. Es wurde aus Wärtern und Handwerkern eine Feuerwehr gebildet, welche in der guten Jahreszeit unter der Führung des Betriebsleiters regelmäßige Proben hält. Eine Feuerlöschordnung wurde aufgestellt.

Die Bäckereieinrichtung und die wenigen in Betrieb befindlichen Werkstätten mit ihren Ausstattungen sind zweckentsprechend; in der Bäckerei ist noch die Anbringung eines Dunstabzugs wünschenswert. In der Schreinerei werden eine kombinierte Bandsäge und Hobelmaschine sehr vermißt. Schneiderei und Sattlerei mußten mit Kriegsausbruch aufgegeben werden, da ihre Werkmeister eingezogen wurden; es waren jeweils nur vorübergehend Aushilfen eingestellt.

Fernheizanlage, Fernwarmwasserversorgung und elektrische Beleuchtung funktionierten andauernd sehr gut. Die Heizungsmöglichkeit war in allen Räumen eine völlig genügende, an den vielen windreichen Tagen durfte aber an Dampf nicht gespart werden.

Das Wasser wird vierteljährlich vom Untersuchungsamt der Stadt Konstanz untersucht, die Proben werden sowohl aus dem See beim Pumpwerk entnommen, als auch aus verschiedenen Zapfstellen der Anstalt. Die Untersuchungen ergaben bisher jeweils einwandfreies Wasser. Von 1915 an sollen sie durch den Anstaltsapotheker geschehen, wofür die notwendigen Apparate angeschafft wurden. Die Wasserförderung betrug im Jahre 1913 durchschnittlich 5344,0 cbm monatlich, im Jahre 1914 durchschnittlich 10 631,6 cbm. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß ein großer Teil für die Bauarbeiten gebraucht wurde; so wurde im Juli 1914 noch eine Wassermenge von 11 750 cbm gepumpt, im August, nach Kriegsausbruch und Einstellung des größeren Teils der Bauarbeiten, nur eine solche von 8000 cbm. Die höchste in einem Tag geförderte Wassermenge betrug 700 cbm.

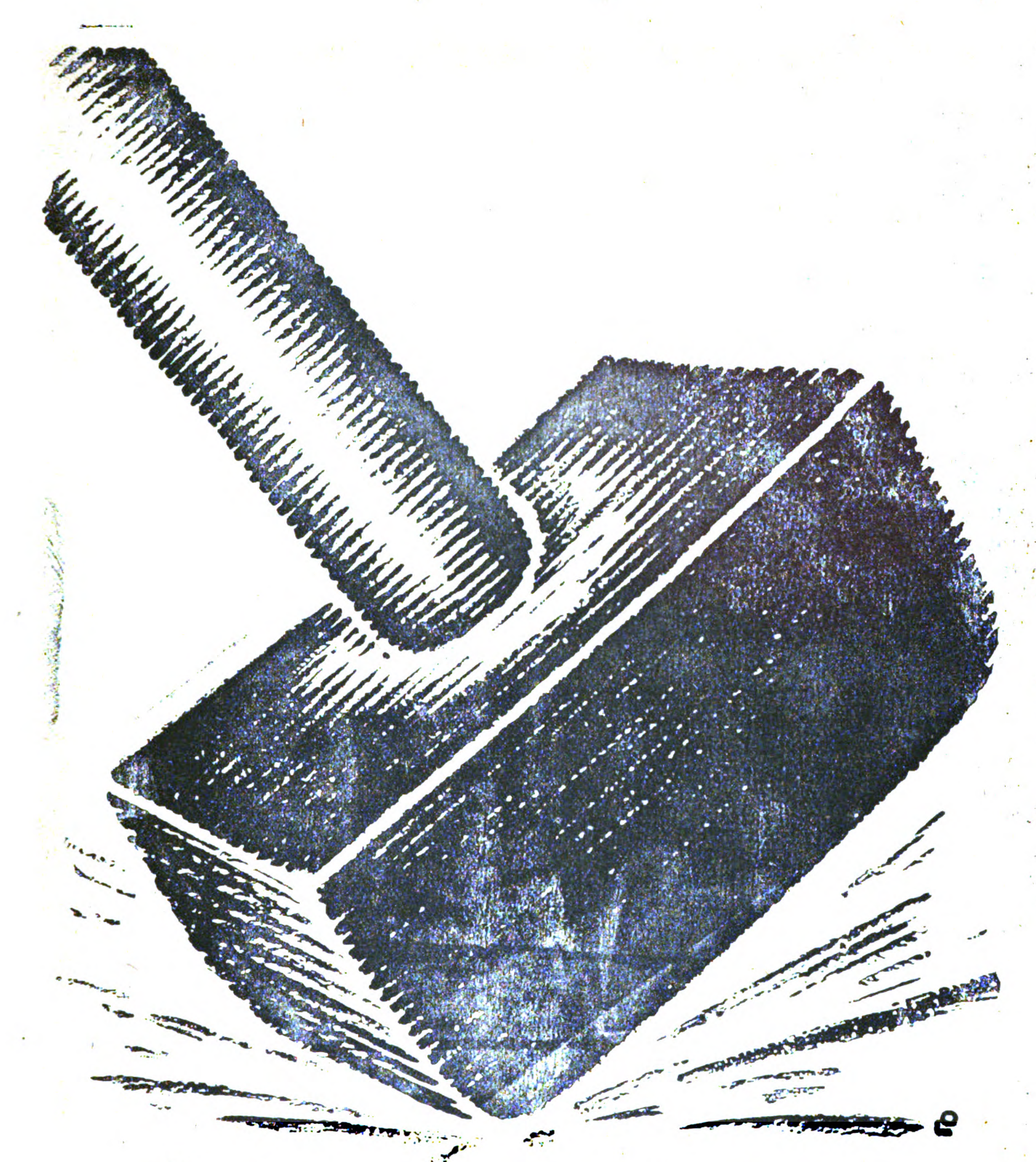
Die neue Anstalt erhielt schon vor ihrer Eröffnung und besonders nach derselben häufig Besuche, um deren Einrichtungen kennen zu lernen. Die Besuche der Höchsten Herrschaften, der Eingeladenen bei der Eröffnungsfeier und des allgemeinen Publikums am Tage darauf haben wir schon erwähnt. Am 5. Juni 1914 nahm die Mehrzahl der Abgeordneten der Ersten und Zweiten Kammer auf ihrer Bodenseereise in Begleitung Ihrer Exzellenzen des Staatsministers Dr. Freiherr von Dusch, des Ministers des Innern Dr. Freiherr von und zu Bodman und des Finanzministers Dr. Rheinboldt eine Besichtigung der Anstalt vor. In vier Gruppen fand die Führung durch die Wirtschaftsgebäude und einige Krankenhäuser statt, zum Schlusse wurde ein Imbiß im Festsaale eingenommen, bei dem Se. Exzellenz der Minister des Innern die Herren begrüßte.

Der Budgetreferent der Ersten Kammer, Freiherr von und zu Mentzingen, besichtigte in Begleitung des Mitgliedes der Ersten Kammer, Dr. Freiherr von Stotzingen, im Januar 1914 eingehend die Anstalt.

Der Landratsausschuß und eine Kommission der Kgl. Regierung von Schwaben und Neuburg machten eine Informationsreise wegen Erbauung und Einrichtung der Anstalt Günzburg hierher, ebenso eine Kommission des Kantons Graubünden wegen Neubaus einer kantonalen Anstalt. Die Mitglieder des Bezirksrates von Engen und Konstanz, viele Ärzte, Spezialkollegen und Laien nahmen mit Interesse von den Einrichtungen der Anstalt Kenntnis.

Die Schwierigkeiten in der Zeit seit Ausbruch des Krieges und die mit diesem aufgetretenen Änderungen im Anstaltsbetrieb waren für die hiesige Anstalt, die in den Anfangsverhältnissen stand, recht erheblich, alle Angestellten setzten aber einen Stolz darein, für die andern gewissenhaft und nach Kräften einzutreten und leisteten gern und freudig die große Mehrarbeit.

Der Bedarf der Anstalt an Lebensmitteln, soweit diese in größeren Vorräten gehalten werden, war



Schlag auf Schlag
zerhämmert der U-boot-Krieg
Englands Trotz.- Ein weiterer ver-
nichtender Schlag gegen England
sei der Erfolg der 7. Kriegsanleihe-

Darum zeichne!

bis zum üblichen Zeitpunkt der Lieferungsvergebung aus neuer Ernte gedeckt. Einige Lebensmittel, wie Kaffee, Butter, Eier, Öle, Fette konnten von den Vertragslieferanten nicht geliefert werden, da die Anstalt wochenlang von jedem Bahnverkehr abgeschlossen war. Manchmal waren wir mehrere Tage ohne Postzustellung, auch war das Telephon nahezu 6 Wochen ganz gesperrt. Die Beschaffung der oben erwähnten Lebensmittel bot Anfangs einige Schwierigkeit und konnte vielfach nur zu erhöhten Preisen erfolgen. Empfindlich fühlbar machte sich gerade in diesen ersten Wochen nach Kriegsausbruch auch der Mangel eines eigenen Ökonomiebetriebes mit Felderwirtschaft und einer eigenen Metzgerei. Nachdem einige Zughalte ermöglicht wurden, waren die Schwierigkeiten in der Verproviantierung der Anstalt beseitigt, allerdings konnten sie, da die Lieferanten vielfach die Erfüllung der noch bestehenden Verträge ablehnten, nur mit gesteigerten Aufwendungen geschehen. Wir suchten gleich von Anfang an in der Verköstigung zu sparen, insbesondere mit Brot, verringerten das Gewicht der Wecke und Fleischportionen, führten einen zweiten fleischlosen Tag in der Woche ein, gaben den Kranken I. Verpflegungsklasse und dem Beamtenkosttisch einen Gang weniger, mußten aber anfangs September mit den Rationen für die Kranken III. Verpflegsklasse wieder etwas in die Höhe gehen, da sehr viele (nahe an 70%), insbesondere die arbeitenden, an Gewicht abgenommen hatten.

Die größten Schwierigkeiten im Betrieb hatten wir durch das Einrücken von zahlreichem Personal zum Heeresdienst. Für die hiesige Anstalt waren von den militärpflichtigen Angestellten nur 2 Oberwärter, 10 Wärter, 4 Torwarte und 6 vom Dienstpersonal unabkömmlich erklärt gewesen, wozu alsbald noch 9 nicht geübte Landsturmpflichtige kamen, darunter 2 Ärzte. Die übrigen Angestellten wurden, soweit sie im Militärverhältnis standen, nach und nach eingezogen; am 15. August waren von 91 Angestellten bereits 69 fort, darunter 1 Arzt, der Medizinalpraktikant, 2 Verwaltungsbeamte, der Hausmeister und 44 Wärter (von 54). Es galt zunächst, die Wärter zum Teil zu ersetzen, die in den ersten vier Tagen hatten einrücken müssen. Einige Werkmeister, ein Torwart versahen Wärterdienst, 12 Wärterinnen (später nur 10) wurden auf die ruhige männliche Aufnahmeabteilung und die Siechenabteilungen versetzt, Aushilfswärter wurden angenommen. Mit der Pflege der männlichen Kranken durch Wärterinnen haben wir recht gute Erfahrungen gemacht, natürlich sind daneben noch Wärter notwendig. Nach und nach stellten wir 24 Aushilfswärter ein, doch hatten wir immer Schwierigkeiten, diese Zahl voll zu bekommen, besonders später, als immer mehr Leute eingezogen wurden, die Industrie sich wieder hob und sehr hohe Löhne draußen gezahlt wurden. Es war andauernd außerordentlich viel Wechsel, teils weil viele der Eingestellten noch nachträglich zum Militär eingezogen wurden, teils weil manche alsbald wieder kündigten oder ihnen gekündigt werden mußte. Natürlich war auch kaum einmal ein geschulter Wärter darunter, so daß auf sehr viele dieser Leute kein Verlaß in der Krankenpflege war und eine gewaltige Arbeit und Verantwortung auf den Ärzten, dem Oberwartpersonal und den 10 zurückgebliebenen Wärtern lastete.

Der Dienst in den Abteilungen und insbesondere die Außenarbeit mußten natürlich sehr vereinfacht werden; an anderer Stelle haben wir darauf hingewiesen. In zwei Krankenhäusern führten wir tagsüber nur eingeschossigen Betrieb ein. Auch die Freizeiten des Personals mußten bedeutend gekürzt werden.

Auf der Frauenseite waren die Verhältnisse weniger schwierig. Wir konnten hier drei Wärterinnen, die am 1. August austreten wollten, als Aushilfswärterinnen behalten, hatten aber doch neun Wärterinnen weniger als gewöhnlich.

Auch in den übrigen Betrieben machte sich das mangelnde und zum Teil geringwertigere Personal in gleicher Weise bemerkbar, besonders im Kesselhaus, den Werkstätten, der Gärtnerei usw.

Die Bauarbeiten, die nach der Mobilmachung fast ganz eingestellt worden waren, wurden später wieder weitergeführt, jedoch in beschränktem Maße.

Ende August richteten wir in 14 Räumen des Werkstättengebäudes, aus dem das Baubüro in ein Beamtenwohngebäude hatte ausziehen müssen, ein Vereinslazarett mit 47 Betten ein, das dem Roten Kreuz unterstellt wurde. Schon am 31. August wurde es mit 43 Verwundeten belegt. Die Leitung des Lazaretts hatte der Direktor, der sich mit den beiden Ärzten in die Behandlung teilte; eine Oberwärterin, ein Oberwärter und zwei Wärterinnen halfen in der Pflege.

Auch sonst stellte sich die Anstalt in den Dienst des Roten Kreuz. Aus ihren Beständen durften sofort 100 Paar wollene Socken an dasselbe abgegeben werden, auf der Frauenseite wurden Näh- und Strickarbeiten für die Soldaten angefertigt, teils im Auftrag des Roten Kreuz, teils aus Mitteln, die aus Sammlungen in der Anstalt herrührten. Auch Nähabende wurden veranstaltet, an denen die weiblichen Angestellten und Mitglieder der Beamtenfamilien teilnahmen. Eine erste Sammlung unte

den Angestellten und einigen Kranken ergab die Summe von 900 M, später wurden regelmäßige monatliche Sammlungen eingeführt, die Erträgnisse teils bar abgeführt, teils für die genannten Arbeiten verwendet oder für bedürftige Angehörige von Kriegsteilnehmern aus Reichenau und Wollmatingen.

Arzneimittelbehandlung: Mit Eröffnung der Anstalt wurde auch die Apotheke in Betrieb genommen, die von einem geprüften Apotheker verwaltet wird. Dieser hat auch die Mineralwasserfabrikation unter sich, besorgt die regelmäßigen Milchuntersuchungen und wird vom nächsten Jahre an auch die Wasseruntersuchungen vornehmen.

Die medikamentöse Therapie war im wesentlichen eine symptomatische. Wegen der vielen von andern Anstalten übernommenen chronisch erregten und insozial Kranken mußte neben den Dauerbädern auch von den bekannten Beruhigungs- und Schlafmitteln ein ausgiebiger Gebrauch gemacht werden. Die Anfälle Epileptischer wurden durch Luminal sehr günstig beeinflußt; sehr gut auf das Befinden insbesondere auf das soziale Verhalten der Epileptiker, wirkte eine Kombination von Luminal und Diogenal. Auch sonst wurde Diogenal bei chronisch Unruhigen viel und mit guter Wirkung gegeben, doch standen wir schließlich von der häufigeren Anwendung des Mittels wegen seines hohen Preises ab. Von künstlichen Nährpräparaten konnten wir fast völlig absehen und sie durch eine diätetische Verordnung ersetzen.

Am Ende jeden Monats stellt der Apotheker den Verbrauch der gebräuchlichsten Arzneimittel zur Mitteilung an die Ärzte zusammen.

Limonade- und Sodawasser-Fabrikation: Der Apparat besteht aus einem Mischkessel und dem Isanova-Abfüllapparat. Im Mischkessel wird das Wasser mit Kohlensäure imprägniert und von da in den Abfüllkessel gedrückt. Abfüllapparat und Saftmesser arbeiten automatisch.

An Limonade wurden in beiden Betriebsjahren 47 897 Flaschen, an Sodawasser 958 Flaschen verbraucht (darunter auch die Abgabe an Angestellte und das Vereinslazarett). Die Herstellungskosten belaufen sich mit Arbeitslohn, Anteil an Verzinsung und Amortisation für die Flasche Limonade auf 3 1/2 Pf., für die Flasche Sodawasser auf 1 1/2 Pf.

Die arbeitenden Kranken erhalten als Aufmunterung jeden Monat kleine Vergütungen an Geld eingetragen, deren Höhe sich nach der Art und Größe der Arbeitsleistung richtet. Dafür lassen sich viele kleine Bedürfnisse einkaufen, Zigarren, Tabak, Obst, Toiletteartikel usw. oder die Kranken halten sich eine eigene Zeitung. Ferner erhalten sie Kostzulagen, Zwischenspeisen, Limonade.

Die Kranken haben in den drei Verpflegungsklassen eine Kost, die im allgemeinen der Kost geistig gesunder Menschen ihres Standes entspricht und zur Deckung ihres Nahrungsbedarfs gut ausreicht, was durch regelmäßige Wägungen kontrolliert wird. Bei allen Klassen wird auf sorgfältige und gute Zubereitung und möglichste Abwechslung der Speisen gesehen. Neben dieser Normalkost besteht noch eine Krankenkost, die leichter verdaulich, zum Teil breiig ist. Diese Diätkost wird auch einer Anzahl von Kranken in Bettbehandlung gegeben, also besonders in den akuteren Stadien ihrer Psychose. Die arbeitenden Pfleglinge erhalten eine vermehrte Kalorienzufuhr durch Zwischenspeisen und eine reichlichere Abendkost. Das Personal hat mittags die Kost der dritten Verpflegungsklasse, abends die Arbeiterkost, sowie Zwischenspeisen. Es wird besonders darauf geschaut, daß der Kranke nur so viel erhält, als er auch ißt, insbesondere auch von Brot, da die wahllose Ausgabe nur das Spülicht vermehrt.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Angesichts der festbegründeten Lehre von der Pyramidenkreuzung, über welche verschiedene Hypothesen [Ramon y Cajál,[1]) Spitzer usw.] aufgestellt sind, gelten Fälle von homolateraler oder kollateraler Hemiplegie als große Seltenheiten oder werden überhaupt nicht anerkannt.

Holbeck (St. Petersb. m. Ztschr. 1912 Nr. 12) und Werner (ebenda Nr. 2) beobachteten ungekreuzte Lähmungen bei Schußverletzungen.

L. Römheld (Homolaterale Hemiplegien nach

[1]) Roman y Cajál, Die Struktur des Chiasma opticum nebst einer allgemeinen Theorie der Kreuzung der Nervenbahnen. Deutsch von J. Bresler. Leipzig 1899, J. A. Barth.



Kopfverletzungen; M. m. W. 1915 Nr. 17) hat zwei Fälle beobachtet.

1. Längsverlaufende Schußwunde auf der linken Schädelhälfte, etwa entsprechend der linken motorischen und sensiblen Rindenzone, Fissuren des Knochens, anfangs Bewußtlosigkeit. Nach Heilung der Wunde in wenigen Tagen entwickelt sich auf der linken Seite eine motorische und sensible Lähmung, während die rechte Seite völlig frei bleibt. Sprache nicht gestört.

Hysterie lag nicht vor. Leichte Ataxie links, konstantes Fehlen des oberen Bauchreflexes links, Abschwächung der übrigen Bauchreflexe, Steigerung der linksseitigen Sehnenreflexe, gelegentliches Auftreten von Fußklonus und Babinski links sprachen für eine organische Affektion. Außer der oberflächlichen Sensibilitätsstörung bestand Bathyanästhesie und Astereognosie, während die gleichseitigen Sinnesfunktionen nicht herabgesetzt waren.

Als Ursache der Hemiplegie wurde eine Spätblutung angenommen.

Durch Contrecoup rechts entstandene größere Blutung war unwahrscheinlich, da die Lähmung erst später einsetzte, aber nicht auszuschließen. Wenn nicht etwa angeborenes Fehlen der Pyramidenkreuzung vorlag, so dürfte wahrscheinlich aus einer der Schädelfissuren, die wohl auch auf die rechte Schädelhälfte übergegriffen haben bezw. aus rechtsseitigen Meningealgefäßen über dem rechten motorischen und sensiblen Rindenfeld eine vermutlich epidurale Blutung stattgefunden haben.

2. Durahämatom, wahrscheinlich mit linksseitigem Sitz, da rechtsseitige Lähmung, bei Arteriosklerose.

Sektion ergab über der rechten Großhirnhemisphäre, direkt über der motorischen Rindenregion, einen subduralen frischen Bluterguß. Im übrigen im ganzen Gehirn, namentlich linksseitig, bei genauester Untersuchung nichts Abnormes.

Homolaterale Lähmungen sind relativ oft bei meningealen Blutungen beobachtet worden: Wiesmann 1885 (7 Fälle) in v. Bergmann-Küttner, Chirurgie des Schädels, im Handbuch der prakt. Chirurgie 1, S. 216; ferner Moullin und Ledderhose in Oppenheim, 2 S. 855; Apelt (Mitt. Grenzgeb. 16, 1906).

Nach S. Auerbach (M. m. W. 1910 Nr. 30) treten bei Kindern infolge Rindenerkrankung häufig homologe Störungen auf, weil die Pyramidenkreuzung noch nicht so ausgebildet ist, wie bei Erwachsenen.

O. Ausch-Prag (Wien. klin. Wochenschr. 1915 Nr. 42) beschreibt zwei ziemlich umschriebene Verletzungen einzelner Hirnnerven nach Kopfschuß.

1. Kopfschuß mit Verlust des Bewußtseins. Erbrechen blutiger Massen, heftige Kopfschmerzen. Pat. konnte vier Tage nur Flüssiges schlucken. Hanfkorngroße Einschußnarbe über dem rechten Jochbogen, 3 cm nach außen von dem Lidwinkel. Ausschuß am äußeren Rande des linken Sternokleidomastoideus sternförmig vernarbt. Narbe mit der Unterlage verwachsen, nicht verschiebbar, drei Querfinger unter dem Ohrläppchen. Linke Lidspalte enger als die rechte, linker Bulbus etwas eingesunken in der Orbita, linke Pupille deutlich enger als die rechte. Öffnen des Mundes unvollständig und schmerzhaft; der Schmerz wird namentlich in das linke Kiefergelenk lokalisiert. Kiefer-, Schluck- und Kaubewegungen beeinträchtigt. Pat. vermag nur breiige Speisen und Flüssigkeiten zu sich zu nehmen. Die Zungenspitze weicht nach links ab. Dagegen werden Zungenbewegungen am Boden der Mundhöhle nach rechts hin wahrgenommen. Linke Zungenhälfte gefurcht und dünner als die rechte; starke Vorwölbung des Zungengrundes nach hinten (einseitige Hypoglossuslähmung, Musculus genioglossus). Geschmackslähmung im vorderen Teil der linken Zungenhälfte. Heftiges rechtsseitiges Schwitzen im Gesicht.

Auf Adrenalineinträufelung keine Veränderung der gelähmten Pupille.

Bei Kokainisierung der hinteren Rachenwand Brechreiz, reichlicher Tränenfluß im rechten Auge, das linke blieb trocken.

Diagnose: Isolierte, periphere Lähmung des Trigeminus, Hypoglossus und des Sympathikus auf derselben Seite. Verletzung des Ganglion supremum des Halssympathikus.

2. Periphere Lähmung des Hypoglossus, Sympathikuslähmung, periphere Glossopharyngeuslähmung nach Kieferschuß.

Nach Donath (Wien. klin. Wochenschr. 1915 Nr. 27 und 28) sind Schädeldurchschüsse, sofern sie nicht lebenswichtige Zentren treffen, im allgemeinen weniger gefährlich als Tangentialschüsse. Selbst Steckschüsse, welche innen in der Nähe der Schädelwand liegen bleiben oder selbst bis zu den großen Ganglien vordringen und komplette Hemiplegie und Hemianästhesie oder, im Okzipitallappen steckend, Hemianopsie hervorrufen, werden mitunter ziemlich gut vertragen. Nur die durch das Projektil zerstörten Partien sind in ihrer Funktion ausgeschaltet und das Geschoß wird mitunter an einem anderen Orte durch das Röntgenbild nachgewiesen, als der Läsion entspricht. Lebensgefahr bringen kann nur der nach Wochen und Monaten heimtückisch sich ausbildende Abszeß, bedingt durch mitgerissene Eiter-



erreger, weniger durch mechanische Reizung. Auch das Sinken des Projektils zur Oblongata hin kann zum plötzlichen Tode führen.

Feine Metallsplitter, welche in großer Menge in das Gehirn eingedrungen waren, wurden in einem Falle ohne besondere Erscheinungen ertragen; die Wunde war allerdings nicht infiziert.

Bei Hirnerschütterungen können Aufhebung des Bewußtseins als auch Erbrechen fehlen und nur Kollapserscheinungen, Apathie und Sprachlosigkeit vorhanden sein.

Donath führt folgendes Beispiel einer operativ geheilten Schußverletzung des Hinterhauptlappens mit Hemianopsie an.

Gewehrschuß. Einschuß von der Größe eines Hellers, in der Mitte des Hinterhauptbeines, ebenso große Ausschußöffnung in der Mitte des rechten Seitenwandbeines. Augenbefund: Hemianopsia sinistra. Neuritis optici oculi utriusque.

Operation ergibt einen zehnhellerstückgroßen Knochendefekt am Schädel. Bei der Erweiterung mittels Meißels werden zwei ungefähr bohnengroße Knochenfragmente herausgehoben, wobei sich vordrängender Gehirndetritus und Blutgerinnsel entfernt werden.

Sechs Wochen nach der Operation: Auf beiden Augen gute Sehschärfe, liest gut mit jedem Auge und mit beiden zusammen. Kein Doppeltsehen. Linke obere Extremität ebensogut beweglich wie die rechte, Gang gut.

Eine Woche später wird Pat. nach andauerndem Wohlbefinden in die Heimat entlassen.

Tilmann (Zur Erkennung von Spätfolgen nach Schädelschüssen; D. m. W. 1916 Nr. 12; siehe auch dessen wichtige Arbeit: Die Pathogenese der Epilepsie, in Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie für prakt. Med. in Köln. S. 653): Das Vorhandensein von Splittern oder Geschoßresten allein kann keinen Grund für einen operativen Eingriff abgeben. Sie können völlig reaktionslos ohne Folgen einheilen. Nekrotische oder infizierte Knochensplitter aber geben Veranlassung zu chronischer Enzephalitis, Zystenbildung oder Abszessen, die sich sehr langsam bilden und selbst jahrelang latent werden können (Spätabszesse).

Tilmann untersuchte sechs Invaliden, die wegen Kopfschmerzen, Schwindel usw. als Invaliden anerkannt waren, und fand bei allen Eiweißgehalt der Zerebrospinalflüssigkeit und bei fünf erhöhten Hirndruck. Die Lumbalpunktion gibt eine sichere Handhabe, ob man den Klagen des Verletzten Glauben schenken kann, und führt oft zur Erkennung noch im Ablaufen befindlicher Entzündungsvorgänge im Schädel. Man darf eine Schädelplastik erst ausführen, wenn die Lumbalpunktion normale Verhältnisse ergibt. Nur solche Soldaten sind der Fürsorgetätigkeit und geistiger Anstrengung zuzuführen, bei denen Hirndruck und Hirnflüssigkeit normal ist.

Es ist möglich, „durch die Lumbalpunktion festzustellen, ob die Reaktionserscheinungen des Gehirns auf eine Verletzung abgelaufen sind oder nicht. Vorläufig scheint erhöhter Druck mit normalem Eiweißgehalt der Hirnflüssigkeit auf eine einfache arachnoidale Retentionszyste infolge Narbenbildung hinzuweisen. Besteht bei hohem Druck geringer Eiweißgehalt, dann handelt es sich oft um eine entzündliche Zyste; ist der Eiweißgehalt hoch, so daß es in Flocken ausfällt, dann liegt bei gleichzeitig hohem Druck meist ein Abszeß vor. Eiweißgehalt bei normalem Druck deutet auf rein meningeale Vorgänge."

Die klinischen Ausfallserscheinungen haben nach Tilmann für die angeregten Fragen keine große Bedeutung.

Ein operatives Verfahren zur Verhütung des Hirnprolaps nach Schädelschüssen beschreibt Boerner-Erfurt (M. m. W. 1915 Nr. 17). Die Weichteilschnitte durchtrennen das Periost mit und bei Naht wird das Periost sorgfältig mit in die Naht genommen.

v. Baeyer-München (Orthopädische Behandlung der Spasmen nach Kopfschüssen; M. m. W. 1915 Nr. 4) beschreibt folgendes Verfahren:

Ein etwa 3 cm breites unelastisches, sogen. Taillenband, welches mit einer Schnalle versehen ist, wird locker um die Extremität geschlungen.

Eine Bewegung, die der Kranke überhaupt nicht mehr machen konnte, kam wieder zustande, oder eine stark gehemmte Gelenkexkursion ging viel schneller und leichter von statten.

Man kann dadurch die Übungsbehandlung wesentlich unterstützen oder überhaupt erst ermöglichen.

Die sensible Wahrnehmung einer Bewegung im Muskel, das Kontraktionsgefühl, läßt sich ganz wesentlich durch diese Umschnürung mit einem Bande steigern, wie man es ohne weiteres an sich selbst konstatieren könne.

Auch bei manchen Störungen des Gleichgewichtssinnes, wie z. B. nach Verletzungen des Kleinhirns oder bei multipler Sklerose hat ein Band um das Becken zwischen Darmbeinkamm und Trochanter oft einen sehr günstigen Einfluß auf das Gehen und Stehen des Patienten.

A. Bittorf (Zur Kenntnis der traumatischen Meningitis, besonders der Meningitis serosa trau-



matica; M. m. W. 1916 Nr. 12) unterscheidet zwei prognostisch und therapeutisch ganz verschiedene Formen der Meningitis.

1. Die typisch-entzündliche, langsam und schleichend verlaufend, oft erst nach scheinbar völliger Heilung der Wunden, nach wochen-, selbst monatelanger, scheinbar guter Rekonvaleszenz eintretend. Sie kann in die schwere eitrige Form jederzeit umschlagen.

In allen verdächtigen Fällen soll man frühzeitig die diagnostische Lumbalpunktion machen, und zwar stets in Seitenlage mit gewisser Vorsicht, um den eventuellen Durchbruch von Abszessen oder abgekapselten Entzündungen durch die Druckänderungen zu vermeiden.

2. Die Meningitis serosa traumatica, die sich meist an Kontusionen und Streifschüsse des Schädels und der Wirbelsäule anschließt, und bei der ebenfalls klinisch sehr oft eigentliche charakteristische Erscheinungen fehlen. Vielfach bestehen nur scheinbar neurasthenische Beschwerden, die manchmal erst nach einer Zwischenzeit nach der Verletzung auftreten. Bei einem Kranken, der neben Verlust eines Auges durch einen Schuß, der den Schädel nur am Orbitalrand verletzt hatte, noch angeblich durch Aufschlagen eines Schrapnellbodens gegen die Schläfengegend eine Schädelkontusion erlitten hatte und der wegen Disziplinwidrigkeiten zur Beobachtung geschickt worden war, konnte das Krankheitsbild mittels Lumbalpunktion zum mindesten größtenteils auf eine Meningitis serosa zurückgeführt werden. Neben Alkoholintoleranz und Reizbarkeit bestand Klage über Kopfdruck und „Schwappeln des Gehirns".

In anderen Fällen von Meningitis serosa nach Schußverletzung des Schädels traten erst nach Monaten Jacksonsche Anfälle auf, während auch nur vorübergehende Störung der Rindenfunktion weder anamnestisch, noch objektiv bestanden hatte.

Auch im Anschluß an eine Kontusion der Wirbelsäule durch Schußverletzung kann sich eine diffuse seröse Meningitis (cerebrospinalis) entwickeln.

Für die Behandlung werden mehrmals wiederholte Lumbalpunktionen mit erheblicher Druckentlastung empfohlen.

Oppenheim (Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen; Berlin 1916 S. 221) beschreibt sechs Fälle von Verknüpfung einer Hirnverletzung mit traumatischer Neurose.

Besonders eigenartig war folgender Fall. Nach Schrapnellsteckschuß des Gehirns entstanden schwere Hirnsymptome; davon traten nach fünf Monaten noch folgende hervor: Kopfschmerz, Schwindel, Schütteltremor des Kopfes und vorwiegend der rechtsseitigen Gliedmaßen, Hemiparesis dextra ohne Reflexstörungen mit den Zeichen des psychogenen Ursprungs, vor allem mit einer grotesken Gehstörung, indem Pat. unter fast völliger Ausschaltung des rechten Beines sich durch Beckendrehungen vorwärtsbewegte, Pupillendifferenz, leichte Parese des rechten Mundfazialis, dissoz. Empfindungslähmung auf der rechten Körperseite. Es handelte sich um ein Nebeneinander von organischen und dynamischen bezw. hysterischen Erscheinungen. Suggestive Behandlung beseitigte in wenigen Sitzungen Gehstörung und drückte Hemiparese und Tremor auf ein geringes Maß herab. Dauernd bestehen blieb ein Syndrom wahrscheinlich materiellen Ursprungs: Erweiterung der rechten Pupille, Parese des rechten Mundfazialis, Intentionstremor der rechten (weniger der linken) Gliedmaßen, charakteristische Form der Hemianästhesia dextra; Nadelstiche erzeugten auf der rechten Seite statt des punktförmigen einen diffusen und andersartigen Schmerz und Kalt wurde gar nicht oder als Warm empfunden.

Es handelte sich wahrscheinlich um Herderkrankung im Bereich der sensiblen Leitungsbahn resp. der zentralen Ganglien. Das Geschoß verursachte vermutlich nicht selbst die Ausfallserscheinungen, weil es an der der verletzten rechten Seite entsprechenden Hemisphäre 6 cm tief saß; vielmehr erzeugte es wahrscheinlich bei seinem Eindringen in den Schädel die Herderkrankung (Blutung oder Nekrose) in der linken Hemisphäre, die die Grundlage der Erscheinungen bildete, durch Anprall oder Contrecoup.

Kombinierte Einwirkung einer Granatexplosion und Fortschleuderung des Kranken mit einer Schußverletzung des Lobus occipitalis erzeugte in einem Falle folgende zwei Reihen von Erscheinungen: Kopfschmerz, Schwindel, Hemianopsia dextra, temporäre Alexie einerseits, große Reizbarkeit, Unruhe, Überempfindlichkeit gegen Sinnesreize, Insomnie, Tachykardie, schnellschlägiger Tremor andererseits.

Auffallend oft werden bei Schußverletzungen des Großhirns Kleinhirnsymptome, namentlich leichter Nystagmus durch Fernwirkung oder als Zeichen der Allgemeinschädigung des Gehirns beobachtet.

Im weiteren Verlaufe bildete sich die Neurose mehr und mehr zurück, während die Folgen der Herderkrankung, vor allem die Hemianopsie, durch die Behandlung nicht beeinflußt wurden.

In einem weiteren Fall — Granatexplosion mit fortschleudernder Wirkung des Luftdrucks, danach Bewußtlosigkeit — bestanden Kopfschmerz, Schwin-

del, Erbrechen, supranukleäre Blicklähmung nach oben und links, Nausea, Tremor, Tachykardie, Insomnie, Abmagerung, Angst, Intoleranz gegen Nikotin usw. Leichte Parese des rechten VII, leichte Ptosis dextra, Hypästhesie im rechten V, nervöse Schwerhörigkeit links und als das dauerhafteste Symptom Unfähigkeit den Kopf zu neigen, wegen sofort eintretenden Erbrechens und Steigerung der Tachykardie, welche letztere Erscheinungen jeder Therapie trotzte, während die Mehrzahl der übrigen durch Zeit, Ruhe und suggestive Behandlung günstig beeinflußt wurden.

Zum Bild der traumatischen Neurose gehörten: die Abmagerung, Insomnie, Angst, Reizbarkeit, die Hyperaesthesia acustici usw., Blicklähmung nach oben und links.

Durch Herde im Hirnstamm bezw. durch Beteiligung des Labyrinths und Zerebellum waren verursacht: linksseitige Schwerhörigkeit, Parese des rechten VII, rechtsseitige Ptosis, Hypästhesie im rechten Quintus und zerebellare Ataxie.

Die Tachykardie konnte ebenso durch bulbäre Herderkrankung wie durch die Neurose bedingt sein, das Erbrechen bei veränderter Kopfhaltung war wahrscheinlich eine jener algogenen Haltungsanomalien, wie sie bei traumatischer Neurose vorkommen.

Oft ist es schwierig oder unmöglich zu entscheiden, ob das Kleinhirn von traumatischer Herderkrankung betroffen ist, oder ob eine Erschütterung des Labyrinthes und N. vestibularis sich auf das Kleinhirn fortpflanzt und diese Stoßwelle genügt hat, die Funktionen dieses Organes zu beeinträchtigen, ohne daß es strukturell geschädigt ist.

In einem Fall von Schußverletzung der rechten Schläfengegend, die weit nach hinten reichte, blieben als Dauersymptome einmal die neurasthenische Komponente: Reizbarkeit, Unruhe, Insomnie, Hyperaesthesia acustici, Tachykardie usw., andererseits nervöse Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre, linksseitige Abduzensparese, Schwindel, Gleichgewichtsstörung, welche beiden letzten Symptome das Krankheitsbild in der ganzen Folgezeit beherrschten.

O p p e n h e i m erläutert und verteidigt ausführlich seine Lehre von der traumatischen Neurose, insbesondere gegenüber N o n n e.

Er sieht den Hauptfehler, der von den Vertretern der Lehre von der traumatischen Hysterie gemacht worden ist und noch gemacht wird, darin, daß sie Krankheitserscheinungen, die eine Folge der psychischen und physischen Erschütterung sind, auf einen ideagenen Ursprung zurückführen wollen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Über Symptomatologie und Prognose der zerebralen Kommotionsneurosen (unter vergleichender Mitberücksichtigung der Kopfkontusionen, der Schädeldach- und Basisbrüche.** Von Dr. P a u l H o r n, Bonn. (Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 34 S. 206).

Der durch mehrere gute Arbeiten auf dem Gebiet der Unfallneurosen bekannte Verfasser, der wohl einer der besten Kenner und ein kritischer Beurteiler dieses wichtigen Gebietes der Versicherungs-Medizin ist, hat schon früher gezeigt, daß die „Unfallneurosen" sich in mehrere Gruppen gliedern lassen. Davon hat er in früheren Arbeiten das Symptomenbild der „S c h r e c k n e u r o s e" beschrieben. In der folgenden ausführlichen Arbeit schildert er als zweite Gruppe die „K o m m o t i o n s n e u r o s e n" und die ihr nahestehenden Neurosen, welche durch Kontusion und Schädelbrüche entstehen.

Man mag über die Aufstellung der Kommotionsneurosen als scharf abzugrenzende Gruppe verschiedener Meinung sein (G a u p p lehnt diese Form z. B. ab), so scheint es mir doch eine sehr verdienstvolle Arbeit des Verfassers zu sein, daß er einmal versucht hat, genau zu umschreiben, welche Symptome man eigentlich erwarten und finden kann, wenn eine Hirnerschütterung die Ursache von nervösen Erscheinungen ist. Denn man trifft in der Unfallbegutachtung allzu häufig die Gewohnheit, daß irgendwelche nervöse Beschwerden auf Hirnerschütterung zurückgeführt werden, ohne daß aus der Vorgeschichte der deutliche Nachweis einer solchen Hirnerschütterung zu ersehen ist oder daß ausgeführt wird, warum nun gerade die geklagten nervösen Beschwerden Folge der angeblichen Hirnerschütterung sein müssen. Für jeden, der mit der Begutachtung von Unfallneurosen zu tun hat, ist daher die aufmerksame Lektüre dieser Arbeit H o r n s dringend zu raten.

Aus den Ergebnissen seiner Arbeit ist folgendes hervorzuheben:

H o r n betont zunächst, daß es „Übergangsformen" gibt, und zwar zu den Fällen hin, die auf Hirnkontusion und auf Schädelbrüchen beruhen; weiter hebt er hervor die Bedeutung der o r g a n i s c h e n Schädigung des Gehirns durch die Hirnerschütterung, obwohl die daraus resultierenden Neurosen einen funktionellen Eindruck machen.

Die unmittelbar nach der Kommotion auftretenden psychischen Störungen sind gewöhnlich von kürzerer Dauer und praktisch nicht so wichtig als die später einsetzenden nervösen Symptome.

Der „z e r e b r a l e S y m p t o m e n k o m p l e x" der nicht komplizierten Kommotionsneurosen äußert sich



vor allem in Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Störungen des Gedächtnisses und besonders der Merkfähigkeit, zuweilen mit allgemeiner Hemmung auf intellektuellem Gebiet und Affektanomalien, Alkoholintoleranz, Überreiztheit der höheren Sinnesorgane (speziell des Vestibularis- und Akustikusgebietes sowie des Sehorganes), diffuser oder umschriebener Klopf- und Druckempfindlichkeit des Schädels.

Hysterische Symptome gehören nicht zum eigentlichen Bild der Kommotionsneurose, sondern sind entweder älterer Natur oder unter der Einwirkung affektbetonter Vorstellungen (Rentenkampf) später entstanden.

Diagnostisch sind wichtig der Mannkopffsche Versuch (Pulsbeschleunigung bei Beklopfen des Schädels), das Röntgenbild des Schädels, die Lumbalpunktion (blutiger Liquor, wenigstens in frischen Fällen, Druckerhöhung), die Prüfung der Gleichgewichtsapparate im Ohr und Kleinhirn, die spezialistische Untersuchung des Hör- und Sehapparates, die Prüfung der Geistesfunktionen, vor allem auf Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Alle diese Untersuchungen müssen unter dem Gesichtspunkt ausgeführt werden, die an sich geringfügigen Symptome, welche auf eine organische Schädigung des Gehirns hinweisen, festzustellen. Auch wenn sich dabei nur einzelne als organisch anzusprechende Symptome finden, ist ein Zusammenhang des gesamten Bildes mit der vorhergegangenen Hirnerschütterung wahrscheinlich gemacht.

Verlauf und Prognose der einfachen und komplizierten Kommotionsneurosen sind bedingt durch a) Art und Schwere der primären Unfallsschädigung; b) Fehlen oder Vorhandensein komplizierender Leiden lokaler wie allgemeiner Natur; c) Art des Entschädigungsverfahrens.

Die funktionelle Restitutionsfähigkeit des Gehirns ist sowohl nach den Kriegs- als Friedenserfahrungen im allgemeinen gut, besonders bei jüngeren Leuten. Nur vereinzelte Fälle verlaufen dauernd progressiv, die meisten zeigen regressives, ein kleiner Teil stationäres Verhalten. Dem sozialen Leben dauernd vollkommen verloren ist nur eine unbedeutende Minderzahl aller Kopftraumatiker.

Als besonders ungünstige Verlaufsformen sind anzusehen die posttraumatische (symptomatische) Epilepsie, die vor allem bei komplizierenden Schädelbrüchen gelegentlich in Erscheinung tritt (meist innerhalb des ersten Jahres), sowie die posttraumatische Demenz, die zuweilen nach schweren Kopftraumen, rasch oder allmählich sich einstellt.

Der Heilungsverlauf der Kommotionsneurosen wird durch komplizierende Erkrankungen häufig verzögert. Solche Erkrankungen sind vor allem: Arteriosklerose, Nierenleiden, Diabetes, organische Hirnerkrankungen, Paralyse, multiple Sklerose und andere, auch psychische Veranlagung, schwächliche Konstitution, Tuberkulose und die chronischen Vergiftungen mit Alkohol, Blei usw.

Eine allgemeine Arteriosklerose wird gewöhnlich nicht durch Kopftrauma bedingt. Dagegen spielt die lokalisierte Hirnarteriosklerose nach Kopftrauma eine große Rolle (vergl. hierzu die Arbeit des Verf.s in der Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916 Nr. 18).

Auch die übrigen vorhin genannten organischen Erkrankungen kommen als ausschließliche Folgen von Kopftrauma nur selten in Betracht; das Verhältnis ihres etwaigen Zusammenhanges mit der Kommotionsneurose wird eingehend geschildert.

Von schwerwiegender Bedeutung für die Prognose der zerebralen Kommotionsneurosen ohne und mit Komplikation ist die Art des Entschädigungsverfahrens: Bei Rentengewährung zeigen viele, insbesondere auch medizinisch durchaus günstig liegende Fälle, einen sehr zögernden Verlauf und gestalten sich mitunter zu „Rentenkampfneurosen" um; dagegen sind bei Kapitalabfindung die Heilaussichten, vor allem in sozialer Beziehung, unvergleichlich günstiger; allerdings dürfen nur medizinisch völlig geklärte Fälle, bei denen schwerwiegende Dauerschädigungen und Spätfolgen auszuschließen sind, abgefunden werden.

Es eignen sich nicht zur Abfindung: a) Fälle mit gleichzeitigem Schädelbruch, mit Blutungen in die Meningitis und stärkeren Hirnläsionen (oder nur nach längerer Karenzzeit), b) Fälle mit epileptischen und Demenzerscheinungen, mit Glykosurie, primärer Polyurie und traumatisch bedingter Hirnarteriosklerose, c) Fälle, in denen ein organisches Allgemeinbefinden ernsterer Natur (Arteriosklerose, Diabetes mellitus usw.), ein organisches progredientes Nervenleiden oder eine echte Psychose durch Kopftrauma ausgelöst oder verschlimmert wurden.

Geeignet zur Abfindung sind vor allem die Fälle von einfacher Contusio capitis sowie die leichteren Formen der Commotio cerebri im engeren Sinne. In mittelschweren Fällen von Contusio capitis ist in der Regel nach spätestens zwei Jahren völlige Wiederherstellung der früheren Erwerbsfähigkeit (soziale Heilung) zu erwarten; bei nicht komplizierten zerebralen Kommotionsneurosen im engeren Sinne ist ein durchschnittlicher Verlauf von 3 bis 5 Jahren einer Abfindung zugrunde zu legen.

In ähnlich eingehender Weise werden auch die Formen, welche nach Kontusionen und Schädelbruch entstehen, behandelt.

Bei der sehr verdienstvollen Arbeit des Verfassers wäre nur ein Punkt m. E. noch schärfer zu betonen gewesen, weil er, wie ich eingangs erwähnte, gerade für den praktischen Arzt, der solche Fälle nicht selten zu begutachten bekommt, wichtig ist: Die Frage, wie überhaupt zu erweisen ist, daß der Unfall in einer „Hirnerschütterung" bestand. Denn so wichtig die vom Verfasser festgestellten Symptome sind, so wird man sie doch nur dann als Beweis dafür annehmen können, daß hier eine schwere Störung der Funktionen des Zentralnervensystems als Unfallfolge vorliegt, wenn vorher erwiesen ist, daß der Unfall eben wirklich in einer Hirnerschütterung bestand. Dieser Beweis läßt in der Praxis oft zu wünschen übrig. Denn die Angabe des Verletzten selbst oder seiner Angehörigen ist ganz unzuverlässig. Trotzdem findet man in den Unfallakten sehr häufig von dem zuerst begutachtenden Arzt die Angabe: „Hirnerschütterung", ohne daß auch nur ausgeführt wird, ob und welche Symptome und in welcher Zeit nach dem Unfall der Arzt selbst festgestellt hat. Häufig wird auch von dem erst gerufenen Arzt dem Verletzten und seinen Angehörigen das Wort „Hirnerschütterung" genannt.



womit zweifellos eine prognostisch ungünstige psychische Einstellung des Verletzten hervorgerufen wird. Erst wenn sicher festgestellt ist, daß wirklich eine Hirnerschütterung vorgelegen hat, kann man an der Hand der Hornschen Ausführungen die nun bestehende Neurose daraufhin untersuchen, ob sie eine direkte und primäre Folge dieses Unfalles ist und welchen Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit sie hat; die von Horn nachgewiesenen Symptome sind dabei maßgebend für die Frage, wie sehr die Funktion des Nervensystems und damit die Erwerbsfähigkeit durch den Unfall noch geschädigt ist.

Unter Berücksichtigung dieses Umstandes wird man aber sicher dem Verfasser zugeben müssen, daß es eine „Kommotionsneurose" in dem von ihm beschriebenen Sinne gibt und man muß ihm sehr dankbar sein, daß er durch diese sorgfältige Arbeit aus dem Kreis der Unfallneurosen eine Gruppe herausgestellt hat, ihre Symptome, ihre Prognose und ihre Behandlung in versicherungsrechtlicher Beziehung klar gezeigt hat.

Weber-Chemnitz.

— **Politik und Psychiatrie.** Von Medizinalrat Dr. Fuchs-Emmendingen (Baden). Deutsche Ztg. vom 11. Juni 1917.

In der uns beim Verf. bekannten geistreichen Weise und glänzenden Form warnt er davor, Idealisten, Ideologen, gläubige Schwärmer, ruhestörende Träumer, die auf das Dogma vom ewigen Glück und Frieden schwören, einerseits, die Zartbesaiteten, leicht Imbezillen, Willensinvaliden, Neurastheniker, die temporär nicht mehr normal sind, andererseits, im gegenwärtigen Augenblick dem Rad der Zeit in die Speichen greifen zu lassen. Überschätzte Stimmungen dürfen nicht in das Gebiet der Staatsraison hineinpfuschen, Eintagsfliegen nicht dem Adler den Platz streitig machen.

Bresler.

Buchbesprechungen.

— Steckel, Dr. Wilhelm: Onanie und Homosexualität (Die homosexuelle Neurose). Berlin-Wien 1917, Urban & Schwarzenberg.

Verfasser, bekanntlich ein Schüler Freuds, sagt sich in der Einleitung von der Persönlichkeit Freuds, der als Meister jegliche abweichende Ansicht als persönliche Kränkung betrachte, los, bezieht sich aber in seinem Buch vornehmlich immer wieder auf den Autor Freud. Geht uns gewöhnlichen Sterblichen Freud mit seiner Neigung, in jeglichem Phänomen etwas Sexuelles zu wittern, bereits viel zu weit, so geht Steckel noch ein Teil weiter. Nimmt z. B. Freud an, daß jeder Säugling onaniere, daß dann aber eine Latenzperiode bis gegen die Pubertät hin bestehe, so verwirft Steckel die Annahme solcher Periode gänzlich. Der erste Teil des Buches handelt nur von der Onanie, die also nach Steckel während des ganzen Kindesalters bereits getrieben wird und der jeder Mensch ohne Ausnahme verfallen ist. Aber es schadet die Onanie nichts, sondern alle Schädigungen, die man der Onanie zuschreibt, existieren nur in der Phantasie der Ärzte. Alle Schädigungen sind Kunstprodukte der Ärzte und der herrschenden Moral, welche seit zwei Jahrtausenden einen erbitterten Kampf gegen die Sexualität und alle Lebensfreude führt. Steckel gönnt seinen Kranken aber jegliche Lebensfreude wieder, er weist ihnen das Faktum nach, daß sie erst Neurotiker wurden, als sie zu onanieren aufhörten, z. B. aus Furcht vor Impotenz beim Weibe, aus ethischen Gründen, aus Frömmigkeit oder dergleichen, und rät ihnen indirekt und verblümt: Onaniert weiter! Natürlich wird auch noch manche larvierte Onanie bei Neurotikern aufgedeckt und nach echt Freudscher Methode ans Licht gezogen; aber wie ein roter Faden zieht sich durch des Buches ersten Teil jenes Axiom, das uns Ärzten aufgibt, jedem einzelnen seine sexuelle Freiheit und die Möglichkeit der Genesung (d. i. sexuelle Betätigung beim Weibe oder wo das unangängig, Autoerotismus) wiederzugeben, wobei zwischen diesen beiden Arten der Betätigung wenig Unterschied gemacht wird, da sie beide zum Ziele führen.

Der zweite Teil des Buches behandelt die Homosexualität, wobei Steckel wieder seine besonderen Anschauungen darlegt: Alle Menschen sind ursprünglich bisexuell veranlagt; in der Pubertät trennt sich der Heterosexuelle von dem Homosexuellen, indem er seine Homosexualität verdrängt. Er sublimierte auch einen Teil der homosexuellen Kräfte in Freundschaft, Nationalismus, soziale Bestrebungen, Vereinswesen usw. Mißlingt ihm diese Sublimierung, so wird er neurotisch. Da jeder Mensch seine Homosexualität nicht gänzlich bewältigen kann, so trägt er dadurch schon die Disposition zur Neurose in sich. Je stärker die Verdrängung, desto größer dann die neurotische Reaktion, die bis zur Paranoia führen kann. Wird aber die Heterosexualität verdrängt, so entsteht die Homosexualität, wo also auch die Disposition zur Neurose gegeben ist. Je sicherer die Heterosexualität sublimiert wird, desto mehr kann der Homosexuelle das Bild des normalen Menschen bieten. Er gleicht dann dem normalen Heterosexuellen. Nun kommen dann natürlich noch eine Reihe von Fällen, die, obwohl potent, obwohl nur heterosexuell sich betätigend, obwohl verheiratet und Väter, doch larvierte Homosexuelle sind. Hier arbeitet die Freudsche Schule wieder mit den bekannten Affektverdrängungen bei Inzestgedanken, bei Kindheitserinnerungen usw.

Ich vermag solcher Theorie nicht beizupflichten. Das sei meine Kritik, denn eingehendere Kritik wird von der Freudschen Schule ja meist als Aggressivität in schlimmem Sinne gedeutet. Ich habe die beiden Haupttheorien Steckels wiedergegeben, wer sich darnach einen tiefen Einblick in die Art des ärztlichen Denkens eines offensichtlich eine große Nerven-, wollte sagen Neurotikerpraxis Betreibenden verschaffen will, der ver-



schaffe sich dieses Buch, das den zweiten Band von Steckels „Störungen des Trieb- und Affektlebens" darstellt. W e r n. H. B e c k e r - Herborn.

Therapeutisches.

— **Sedobrol.** Dr. G a n t e r (Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1916 Nr. 6 S. 378) hat in der W o r m d i t t e r Anstalt 99 Epileptiker mit Sedobrol behandelt, in der Regel mit 2 bis 3, in Extrafällen mit 4 Tabletten. In der Mehrzahl der Fälle war der Erfolg befriedigend. 15 Kranke konnten als fast „geheilt" bezeichnet werden.

Da gewöhnlich nach Unterbrechung der Sedobrolkur die Anfälle neu auftreten und der anfallfreie Zustand nicht mehr wieder hergestellt werden kann, empfiehlt G a n t e r kontinuierliche Sedobrolbehandlung.

„Alles in allem genommen", sagt er, „haben wir in der Behandlung der Epilepsie mit salzarmer Kost und Sedobrol ein die einfache Brombehandlung weit übertreffendes Mittel (7% gegen 2,5% Heilungen)."

Personalnachrichten.

— **Kiel.** Geh. Medizinalrat Prof. Dr. S i e m e r l i n g, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik Kiel, feiert am 9. September 1917 seinen 60. Geburtstag.

— **Berlin.** Unter den Irrenärzten der Brandenburgischen Provinzialverwaltung sind seit dem 1. November 1916 folgende Veränderungen eingetreten:

Den Brandenburgischen Provinzialdienst hat verlassen der Oberarzt Dr. med. R e i n von der Landesirrenanstalt Görden am 30. Juni 1917.

Auf dem Felde der Ehre ist am 18. April 1917 der am 1. Januar 1917 von der Landesirrenanstalt Neuruppin an die Landesirrenanstalt Landsberg a. W. versetzte Oberarzt Dr. med. R a u c h, Ritter des Eisernen Kreuzes I. Klasse, gefallen.

Befördert zum Oberarzt wurden am 1. April 1917 die Ärzte Dr. med. P e t z s c h von der Landesirrenanstalt Teupitz, Dr. med. H u s s e l s von der Landesirrenanstalt Landsberg, Dr. med. Otto S c h u l z e und Dr. med. D e f f g e von der Landesirrenanstalt Eberswalde; am 1. Juli 1917 Dr. med. F e h s e n f e l d von der Landesirrenanstalt Neuruppin.

Versetzt wurden am 1. April 1917 der Direktor Sanitätsrat Dr. med. K n ö r r von der Landesirrenanstalt Teupitz an die Landesirrenanstalt Neuruppin, die I. Oberärzte Sanitätsrat Dr. med. S c h m i t z von der Landesirrenanstalt Neuruppin an die Landesirrenanstalt Sorau, Sanitätsrat Dr. med. W ö r n l e i n von der Landesirrenanstalt Sorau an die Landesirrenanstalt Teupitz, beauftragt mit der Wahrnehmung der Geschäfte des Direktors, Dr. N o a c k von der Landesirrenanstalt Teupitz an die Landesirrenanstalt Neuruppin; am 1. Juli 1917 der Anstaltsarzt Dr. H e n r i c h von der Landesirrenanstalt Görden an die neu eröffnete Brandenburgische Hebammenlehranstalt und Frauenklinik in Neukölln.

Den Charakter als Sanitätsrat haben erhalten die I. Oberärzte Dr. med. W ö r n l e i n von der Landesirrenanstalt Teupitz, Dr. med. G a l l u s von der Brandenburgischen Provinzialanstalt für Epileptische Potsdam, Dr. med. R o e s e n und Dr. med. R i c h s t e i n von der Landesirrenanstalt Görden.

Mit dem Eisernen Kreuz am weiß-schwarzen Bande wurde ausgezeichnet der Direktor der Landesirrenanstalt Eberswalde, Sanitätsrat Dr. Z i n n.

Ferner wurden ausgezeichnet mit der Roten Kreuz-Medaille III. Klasse der Oberarzt der Landesirrenanstalt Teupitz Dr. med. B a u m a n n und der Anstaltsarzt der Landesirrenanstalt Sorau Dr. med. S c h o t t.

— **Weißenau.** Dr. S c h r o e d e r, Arzt der Kgl. Heilanstalt Weißenau, erhielt das eiserne Kreuz II. Klasse und Ritterkreuz I. Klasse des Württ. Friedrichs-Ordens mit Schwertern.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 31/32. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 31/32. 27. Oktober **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über schizophrene Heredität.

Von Dr. **I. Elmiger,** zweiter Arzt, St. Urban, Kanton Luzern.

Wenn wir in den Jahresberichten der Irrenanstalten Umschau halten, so stoßen wir jeweilen auf die allgemeine Bemerkung, daß die Heredität in so und so vielen Prozenten der Eintritte sich nachweisen lasse. Es ist mehr als fraglich, ob diese Art der Erblichkeitsforschung noch zweckmäßig ist. Viel wahrscheinlicher ist es, daß wir mit dieser Massenstatistik nicht mehr viel erreichen und nicht mehr viel Neues daraus erfahren werden. So hat denn auch Direktor Ris an der Oktoberversammlung 1912 der Schweizerischen Psychiater in Zürich die bisherigen Hereditätsbegriffe als veraltet und revisionsbedürftig hingestellt. Er erläuterte die Mendelsche Regel aus Beispielen aus der Entomologie und sprach die Vermutung aus, daß sie sich vielleicht auch auf die Heredität der Schizophrenie werde anwenden lassen. In der Pfingstversammlung der Schweizer Psychiater in Pirminsberg 1913 demonstrierte Herr Oberholzer einige mit großer Mühe gesammelte Stammbäume von schizophrenen Familien. Er konnte nachweisen, daß die Vererbung der Schizophrenie nach der Mendelschen Regel (Alternative oder spaltende Vererbung) sich vollzog.

In seinem vortrefflichen Lehrbuch der Psychiatrie findet Professor Bleuler die theoretischen und praktischen Schwierigkeiten viel zu groß, als daß jetzt schon in bezug auf die Anwendung der Mendelschen Regel etwas Brauchbares herausgekommen wäre. Man könne sich vorläufig ohne den Begriff der intermediären Vererbung nicht helfen.

Rüdin kommt in seinen neuesten Untersuchungen über Vererbung zum Schluß, daß die Schizophrenie sich rezessiv vererbe.

Seit 1912 richteten wir auf unserer Frauenabteilung unser Augenmerk bei den aufgenommenen Schizophrenien auf eine möglichst genaue Konstatierung der hereditären Belastung, auf eine Zählung der gesunden und kranken Geschwister und auf andere bemerkenswerte Tatsachen. Wir konnten dabei nicht immer bloß auf das ärztliche Zeugnis mit seinen oft ganz mangelhaften Angaben über Heredität abstallen, wir suchten sowohl durch mündliche als durch schriftliche Erkundigungen bei Verwandten, bei den Pfarrherren und bei den Behörden uns genauer über die Heredität zu informieren.

In den letzten fünf Jahren (1912 bis 1916) sammelten wir 372 schizophrene Geschwistergruppen, die aus 2138[1]) gesunden und schizophrenen Geschwistern zusammengesetzt sind. In den ersten drei Jahren wurde nur die Frauenabteilung, in den letzten zwei Jahren wurde auch die Männerabteilung in die Untersuchung einbezogen. Auf eine Geschwistergruppe trifft es somit 5,7 Geschwister, was etwa der durchschnittlichen Kinderzahl unserer Bevölkerung entspricht.

Das Verhältnis der gesunden und schizophrenen Geschwister betrug

Jahr			Abteilung	Verhältnis
1912	auf	der	Frauenabteilung	3 : 1
1913	„	„	„	2,3 : 1
1914	„	„	„	2,7 : 1
1915	„	„	„	2,7 : 1
1915	„	„	Männerabteilung	2,9 : 1
1916	„	„	„	2 : 1
1916	„	„	Frauenabteilung	2,7 : 1
				18,3 : 7 = 2,6.

[1]) Es wurden sämtliche Geschwister gezählt, die jüngsten wie die ältesten, und keine Altersunterschiede gemacht.




Unter den 2136 gesunden und schizophrenen Geschwistern befinden sich 606 schizophrene, d. h. auf 2,5 gesunde Geschwister trifft es ein schizophrenes.

Bei den nicht schizophrenen Psychosen verfügen wir über 176 Geschwistergruppen mit 1117 gesunden und kranken Geschwistern, es trifft somit auf 5,3 gesunde Geschwister ein krankes.

Wir werden weiter unten auf diese Verhältniszahlen zurückkommen.

Betrachten wir die hereditären Verhältnisse bei den schizophrenen Geschwistergruppen:

Die direkte schizophrene Heredität, d. h. Schizophrenie bei Vater oder Mutter, fand sich in 15% sämtlicher Fälle.

Die indirekte schizophrene Heredität, d. h. Schizophrenie bei den Geschwistern eines oder beider Eltern, oder bei den Großeltern väterlicher- oder mütterlicherseits, in ganz seltenen Fällen bei Cousin oder Cousine, fand sich in 57,7% aller Fälle.

Ohne schizophrene Belastung sind 26%, darunter finden sich 7% ohne jede Belastung.

In etwa 15% besteht die indirekte schizophrene Belastung allein für sich, in den übrigen Fällen ist sie kombiniert mit Charakteranomalien oder Trunksucht des Vaters oder der Mutter.

Daneben findet sich bei den Schizophrenien noch in 16% Trunksucht entweder des Vaters oder der Mutter, in einigen wenigen Fällen bei beiden Eltern.

Ferner finden sich noch bei den Eltern von schizophrenen Kindern direkte Belastung durch Nervosität, Streitsucht, Leichtsinn und andere Charakteranomalien in 28%.

Wie wir schon erwähnt, beträgt die direkte schizophrene Heredität 15%, d. h. entweder Vater oder Mutter leiden an Schizophrenie. Es ist auffällig, wie sehr diese direkte Heredität zurücktritt vor der indirekten schizophrenen Heredität, denn die erstere beträgt bloß ein Viertel der letzteren. Bei der direkten schizophrenen Heredität ist wiederum ganz besonders hervorzuheben, daß wir in den letzten fünf Jahren nur einen einzigen Fall haben, wo Vater und Mutter schizophren waren (Familie I). Diese Familie hatte vier Kinder, eines davon ist jung gestorben. Die einzige Tochter, etwa 30 Jahre alt, ist seit Jahren als unheilbar in einer ausländischen Irrenanstalt. Ein Sohn, etwa 28 Jahre alt, leidet an paranoischem Größenwahn und ist ebenfalls in einer Anstalt interniert. Der jüngere Bruder ist abnorm, kann sich aber noch in der Freiheit halten.

Bekanntlich war in den früheren Jahren die Ansicht vertreten in der Psychiatrie, daß nur die direkte Erblichkeit eine wirksame Rolle spiele bei der Vererbung und daß man von einem Onkel oder Tante im besten Fall einen Sack voll Geld, im schlimmsten Fall nichts erben könne. Freilich von einem Onkel oder Tante erbt man die Schizophrenie nicht, aber man wird dadurch auf eine schizophrene Disposition in der Familie aufmerksam gemacht.

Es mögen einige Beispiele der direkten Vererbung folgen:

Familie II. Mutter seit Jahrzehnten wegen Katatonie in St. Urban. Der Ehemann derselben ist gesund. Die Mutter des Ehemannes wegen Spätkatatonie in der Anstalt. Von den sieben Kindern dieses Ehepaares sind bereits drei an Katatonie erkrankt seit Jahren, zwei davon sind in unserer Anstalt untergebracht, eines kann zu Hause verpflegt werden.

Familie III. Der Ehemann ein eigener Mann. Seine erste Frau war gesund und hatte ein gesundes Kind. Die zweite Frau wegen Schizophrenie in St. Urban. Aus dieser Ehe stammen zehn Kinder, fünf davon sind in St. Urban interniert gewesen und unheilbar schizophren, die andern sind gesund.

Familie IV. Der Ehemann stammt aus einer gesunden Familie. Seine Ehefrau ist seit Jahrzehnten wegen Schizophrenie in St. Urban. Von den fünf Kindern sind bis jetzt alle gesund und stehen bereits im Alter von 38 bis 48 Jahren und haben zum Teil höhere Stellungen inne.

Ganz unerklärlich nach der Mendelschen Regel ist folgender Vererbungsmodus: Vier Geschwister, zwei davon sind schizophren. Beide Eltern sollen gesund gewesen sein. Die Tochter einer Schwester des Vaters war wegen Schizophrenie in einer Anstalt. Der Fall ist unabgeklärt. Nach den bisherigen Erfahrungen müßte einer der beiden Eltern schizophren sein. Die bisherigen Nachforschungen haben uns im Stich gelassen.

Die indirekte schizophrene Heredität besteht zum größten Teil darin, daß ein Onkel oder eine Tante väterlicher- oder mütterlicherseits schizophren ist. In einzelnen Fällen ist es der Großvater oder die Großmutter väterlicher- oder mütterlicherseits, in ganz vereinzelten Fällen Cousin oder Cousine.

Diese indirekte schizophrene Heredität beträgt durchschnittlich 57,7% und ist zirka viermal so groß als die direkte. Diese hohe Zahl ist auffallend und führt uns deutlich vor Augen, daß bei der Vererbung der Schizophrenie nicht die direkte schizophrene Belastung die Hauptrolle spielt, sondern die indirekte. In 8% der Fälle war die indirekte schizophrene Belastung sowohl auf väterlicher als auf mütterlicher Seite nachweisbar. In den übrigen Fällen nur auf einer Seite, und zwar in etwas

höherem Prozentsatz auf der väterlichen als auf der mütterlichen Seite.

Es ist nun auffällig, welch geringe Rolle die schizophrene Heredität bei den nicht schizophrenen Psychosen spielt. Wir konnten die schizophrene Belastung in nur 4% nachweisen.

Bereits oben haben wir erfahren, daß es auf 2,5 gesunde Geschwister ein schizophrenes trifft. Dieses Verhältnis spricht dafür, daß die Vererbung nach der Mendelschen Regel sich vollzieht. Wäre die direkte schizophrene Belastung so häufig wie die indirekte, so würde das Verhältnis von gesunden und kranken Geschwistern sich viel ungünstiger gestalten, ja unter Umständen dem Verhältnis von 1 : 1 sich nähern. Das heißt, auf ein gesundes Geschwister käme ein krankes. Das ist in einzelnen schizophrenen Familien mit direkter schizophrener Belastung auch der Fall.

Das Verhältnis von 2,5 : 1 ist also der zahlenmäßige Ausdruck dafür, daß die indirekte Vererbung weitaus die Hauptrolle spielt und daß die alternative oder spaltende Vererbung in Frage kommt, das heißt, daß die Schizophrenie sich rezessiv vererbt.

Wäre die Schizophrenie ein dominantes Merkmal, so müßte sich das Verhältnis von gesund und krank viel ungünstiger gestalten, ja die Zahl der kranken Geschwister müßte sogar dominieren. Das Verhältnis von 2,5 : 1 ist fast als Beweis zu betrachten, daß die Schizophrenie sich rezessiv vererbt.

Wir verfügen über eine ganze Anzahl von Familien, wo bei einem schizophrenen Elter die Hälfte oder nahezu die Hälfte der Kinder gesund bleibt, während die andere Hälfte schizophren wird. Ebenso gibt es Familien, wo bei einem schizophrenen Elter sämtliche Kinder gesund bleiben. Diese Tatsachen sind vorläufig doch wohl am einfachsten dadurch zu erklären, daß die Vererbung sich nach dem rezessiven Modus vollzieht.

Würde es nur eine direkte Vererbung der Schizophrenie geben, so würde ja stets ein schizophrener Elter vorhanden sein müssen, um schizophrene Kinder hervorzubringen, und das Verhältnis der Gesunden und Kranken würde sich dem Verhältnis von 1 : 1 nähern.

Es ist aber eine hundertmal beobachtete Tatsache, daß gesunde, d. h. nicht schizophrene Eltern doch schizophrene Kinder zeugen können. In diesem Falle findet sich dann Schizophrenie bei den Geschwistern eines oder beider Eltern. Es nähert sich in diesen Fällen das Verhältnis von gesunden und kranken Geschwistern der Mendelschen Proportion von 3 : 1. Es gibt auch Familien, wo dieses tatsächlich vorkommt.

Bezeichnen wir den gesunden Keim mit D (dominant) und den Kranken mit R (rezessiv). Von zwei heterozygoten Eltern wird je ein gesunder und ein kranker Keim ausgeschieden, und die Erbformel lautet demnach DR . DR = DD, DR, RD, RR. DD ist ein gesundes homozygotes Individuum. DR und RD sind gesund, aber heterozygot veranlagt. RR ist schizophren.

Es ist ja klar, daß der schizophrene Onkel oder die schizophrene Tante dem Neffen oder der Nichte die Schizophrenie nicht direkt vererben können. Aber das deutet darauf hin, daß noch andere heterozygot oder latent veranlagte Geschwister vorhanden sind. Bei der indirekten Vererbung der Schizophrenie müssen wir annehmen, daß zwei heterozygote Individuen sich vereinigen. Bei den Kindern solcher Heterozygoten müßten dann theoretisch drei gesunde auf ein krankes kommen. Es gibt zweifellos Familien, bei denen dieses Verhältnis vorkommt. So verfügen wir über eine ganze Anzahl von Familien mit vier Kindern, wo eines schizophren ist.

Bei Familien aber mit weniger oder mehr als vier Kindern kann die Mendelsche Proportion nur annähernd zum Ausdruck kommen.

Es ist allerdings auffällig, daß die indirekte schizophrene Belastung sich meistens nur auf einer Seite nachweisen läßt. Man sollte erwarten, daß nach der Mendelschen Regel auf väterlicher und mütterlicher Seite sich Schizophrenie nachweisen ließe. Das ist in Wirklichkeit aber nur in etwa 8% der Fall. Es steht aber der Annahme nichts entgegen, daß eine schizophrene Anlage sich durch mehrere Generationen hindurchschleppen kann, ohne daß sie manifest wird. Erst wenn zwei heterozygote Individuen sich paaren, wird bei den Kindern die Krankheit wieder manifest. Wir müssen annehmen, daß in der Bevölkerung Familien sich finden, die latent veranlagt sind. Da sie aber zufällig mit homozygot Gesunden sich paaren, wird die Anlage nicht manifest.

In einem auffallend hohen Prozentsatz finden sich bei Vater oder Mutter, in einigen Fällen auch beiderseits, Nervosität, Überspanntheit, Jähzorn, überhaupt Charakteranomalien erwähnt und zwar in 30%. In vielen Fällen kombiniert sich diese Abnormität mit der indirekten schizophrenen Belastung. Wir müssen uns aber sehr hüten, aus dieser Art von Belastung mit Charakteranomalien zu weitgehende Schlüsse zu ziehen. Es ist ja schon an und für sich sehr subjektiv, was als Charakteranomalie zu gelten hat. Wenn aber diese so-



wohl vom ärztlichen Zeugnis als auch von den Angehörigen und Bekannten extra hervorgehoben wurde, so sahen wir uns veranlaßt, davon Notiz zu nehmen. Wie aber soll sie in Beziehung zur schizophrenen Vererbung gebracht werden? Es wäre die wichtige Frage aufzuwerfen, ob es durch Häufung von Charakterabnormitäten bei den Eltern zu einer Neubildung der Schizophrenie kommen kann. Es wäre doch denkbar, daß bei gleichsinnigen Charakterabnormitäten der Eltern bei dem einen oder anderen Kinde es zu einer Neuentstehung einer Schizophrenie kommen könnte. Oder es wäre auch denkbar, daß die Charakterabnormität auf der einen Seite bestände, auf der andern Seite (beim andern Elter) die latente Veranlagung zur Schizophrenie, und daß beim Zusammentreffen dieser beiden Anlagen ebenfalls eine Schizophrenie sich entwickeln könnte. Einige Beispiele mögen das erläutern.

(Fortsetzung folgt.)

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Nach W. Poppelreuter (Über psychische Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen; M. m. W. 1915 Nr. 14), der 30 genau und länger beobachtete und eine größere Anzahl von ambulanten Fällen beschreibt, hat das Übersehen auch anscheinend geringfügiger seelischer Beeinträchtigungen für die Beurteilung des Mannes schwere Folgen; zwei Seelenblindheiten und eine Aphasie geringeren Grades wollte man nach chirurgischer Wiederherstellung in die Front zurückschicken; in einem andern Falle verriet eine leichte aphasische Störung eine steckende Kugel bei einem zuerst als harmlos beurteilten „Streifschuß". Ein schwer agrammatischer Kaufmann mit Verlust des linken Auges wurde mit 30% Dienstbeschädigung vorgeschlagen.

Poppelreuter gibt ferner folgende Hinweise: Bei Verletzung des Okzipitalhirnes suche man in jedem Falle nach psychischen Sehstörungen. Bei einem sehr hohen Grad von Seelenblindheit nach einem penetrierenden Schuß quer durch beide Okzipitallappen erkannte der Kranke auch einfachere Bilder nicht, konnte nichts lesen und schreiben, war ungeschickt beim Essen, wußte sich nicht richtig zu beschäftigen, machte einen eigenartig benommenen ratlosen interesselosen Eindruck.

Störungen feinerer Sehleistungen werden oft vom Patienten selber nicht geklagt. Man prüfe also auch stets kompliziertere Bilder, da dann oft Störungen des Erkennens gefunden werden, selbst wenn der Patient die Gegenstände des täglichen Gebrauches und der Umgebung tadellos erkennt. Wichtig ist die räumliche Orientierungsstörung.

Es kommen auch Fälle vor von isolierter optischer Apraxie. Unfähigkeit oder Erschwerung von Hantierungen auf optischer Grundlage. Ein Kranker konnte Figuren nicht mehr abzeichnen, obwohl er gut schreiben konnte, konnte komplizierte Figuren mit dem Baukasten nicht nachlegen, konnte nicht mehr Domino und Skat spielen. In einem anderen Falle war eine Störung des Skatspielens das einzig geklagte Symptom der Sehschädigung. Auch bei Verletzungen der Konvexität eines Okzipitalhirnes durch „Streifschuß" ist nach Sehstörungen zu suchen.

Bei Läsion des Hinterhirnes und der davor liegenden Gebiete untersuche man in jedem Falle des Fehlens von Sprachstörungen auf Störungen des Lesens, auf A- oder Dyslexie.

In jedem Falle von Hirnverletzungen sind die Sprachfunktionen zu prüfen.

Die feineren Sprachstörungen kann man leicht übersehen. Für die klinische Untersuchung reicht die Vulgärpsychologie aus; besser als feinere theoretische Unterscheidung sei die Mannigfaltigkeit der Sprachprüfungen. Die Erschwerung der Wortfindung, besonders von Concretis, sei die häufigste der leichteren Störungen. Auch die Schrift muß in jedem Falle geprüft werden.

Die Erschwerung der Fähigkeit, getastete Gegenstände zu erkennen, ist wichtig.

Bei feineren und besonders komplizierteren Geschicklichkeitsbewegungen werden oft leichtere „apraktische" Störungen sichtbar (Kooperieren beider Hände!).

In allen Fällen, die eine Verletzung im Sprachgebiet aufweisen, war die Rechenfähigkeit beeinträchtigt, auch dann, wenn eigentliche aphasische Störungen vermißt wurden. Bei drei Verletzungen der unteren linken Okzipitalgegend wurde bei Erhaltensein der geläufigen Einmaleinsreihen und guter Schreibfähigkeit eine Unfähigkeit des Kopf-



rechnens mit größeren Zahlen und der schriftlichen Rechenoperationen festgestellt.

Fast bei allen Hirnverletzungen, auf der rechten Hemisphäre, finden sich Störungen des Gedächtnisses, und zwar überwiegend Störungen der Merkfähigkeit, des Behaltens von neu anzueignendem Material, während die Erinnerungsfähigkeit für die Vergangenheit mehr durch Allgemeinstörung, Granatchock und Hirnerschütterung geschädigt zu werden scheint.

Lokalisierte Hirnverletzungen machen nicht nur die spezifischen Ausfallssymptome, sondern können überhaupt die ganze Persönlichkeit wesentlich verändern: Herabsetzung und Steigerung der Affektivität, Einbuße an Initiative, leichtere Ermüdbarkeit, allgemeine Langsamkeit, geringe Resistenz gegen Alkohol usw.

In einem Falle von ausgedehntem Substanzverlust der vordersten Stirnhirnpartien eine — jetzt verschwundene — Zotensucht und Haltlosigkeit im Umgang, in einem anderen Falle auffällige chronisch lustige Stimmung mit Neigung zu Disziplinlosigkeit. In zwei anderen Fällen anscheinend symptomloser Verlauf.

Die Überempfindlichkeit und geringe Resistenz der Hirnverletzten haben Verf. bewogen, die Felddienstfähigkeit im allgemeinen zu verneinen. Der Garnisondienst empfehle sich in leichten Fällen zur Vermeidung späterer traumatischer Neurosen.

Mit Hilfe eines Volksschullehrers, eines Taubstummenlehrers und freiwilliger Helferinnen wurde eine kleine Schule eingerichtet, in der die Hirnverletzten systematischen Unterricht bekommen im Sprechen, Lesen, Schreiben und Rechnen, Aufsätze machen usw., die Seelenblinden im Lesen und Beobachten.

K. Brodmann (Zur Neurologie der Stirnhirnschüsse; Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1915 Nr. 33/34) beobachtete 24 Stirnschüsse und kommt zu folgendem Ergebnis:

„Im allgemeinen läßt sich, in Übereinstimmung mit der bisherigen Lehre sagen, daß die Symptomatologie nach Stirnhirnverletzung — von den Sprachstörungen und gewissen anderen Erscheinungen abgesehen — auffallend geringfügig ist. Es gilt daher nach wie vor der Satz, daß das Stirnhirn im Verhältnis seiner Masse auffallend geringen unmittelbaren Einfluß auf die Körperperipherie hat, und zwar sowohl auf die motorischen und sensiblen Bahnen, wie die Sinnesverrichtungen. Namentlich der rechte Stirnlappen gehört zu den sogen „stummen Zonen" oder den Regionen latenter Läsionen. Er verträgt umfangreiche Zerstörungen ohne bleibende manifeste Ausfallserscheinungen. (Drei geheilte Fälle schwerer Zertrümmerung des rechten F-Lappens mit negativem Lokalbefund.)

Was die Funktionen im einzelnen betrifft, so wurde bisher die Frontalregion (der Stirnlappen mit Ausschluß der motorischen Zone) in Beziehung gebracht zu folgenden Verrichtungen:

1. Zur Motilität: Das Stirnhirn ist ein direktes motorisches Zentrum für die Körperbewegungen, also ein Teil der allgemeinen Körperfühlsphäre (Munk). Es enthält speziell das Rumpfzentrum, das Atmungszentrum und (beim Tier) ein Zentrum für rhythmische Kaubewegungen oder Freßzentrum. Außerdem wird eine Augenzone für konjugierte Deviation in F angenommen.

Diese Theorie findet in keinem Falle eine Bestätigung durch das Beobachtungsmaterial des Vortragenden. Die Annahme, daß der rechte Stirnlappen in besonders naher Beziehung zur Rumpfinnervation stehe, ist irrtümlich.

2. Zur Statik und Koordination: Der Stirnlappen ist ein dem Kleinhirn übergeordnetes Gleichgewichtszentrum oder statisches Organ (Wernicke, Nothnagel, Bruns) dessen Schädigung die sogen. frontale Ataxie erzeugt. Letztere wurde nach Ablauf der Initialerscheinungen vom Vortragenden in keinem Falle beobachtet. Auch für die Hypothese, daß das Stirnhirn zu den Richtungsvorstellungen der Extremitäten in Beziehung stehe und ein Koordinationszentrum der Gliedkinese darstelle (Greifstörungen Rothmanns), hat sich nicht der geringste Anhaltspunkt ergeben.

3. Zur Sprache und Schrift: Die klinische Lehre von der Lokalisation der anatomischen Substrate für die motorische Sprache im linken Stirnhirn, die neuerdings durch P. Marie bekämpft wurde, hat sich als richtig erwiesen (fünf Fälle von einwandfreier motorischer Aphasie bei Läsion der hinteren unteren Teile des linken Stirnlappens). Beachtung verdient die weitgehende Rückbildungsfähigkeit der traumatisch entstandenen motorischen (und sensorischen) Sprachstörungen. Häufig ist die dysarthrische Rückbildungsform der motorischen Aphasie.

Beweismaterial für ein besonderes Schreibzentrum im Fuß von F 2 steht dem Vortragenden nicht zur Verfügung. Agraphische Erscheinungen bei Stirnläsion hängen von der gleichzeitigen Aphasie ab.

4. Zu sympathisch-vegetativen Funktionen: Das Stirnhirn ist die kortikale Innervationsstätte für Pupillen, Vasomotoren und Blase-Mastdarm. Durch die Kriegserfahrungen nicht bestätigte Lehre!

Pupillendifferenz kommt bei jeder beliebigen



Lokalisation einer Rindenläsion recht häufig vor und ist kein Lokalsymptom, sondern vermutlich reflektorisch zu erklären (Meningealreizung). In einem Falle von doppelseitigem Durchschuß beider Stirnlappen bestand als auffallendes Dauersymptom ein Spasmus des Sphinkter iridis, der nicht erklärt ist. Vasomotorische Störungen (Zyanose, Kälte, Hyperhidrosis) sind fast regelmäßige Begleiterscheinungen hemiplegischer Zustände nach Verletzungen der motorischen Zone oder ihrer Bahnen und es ist strittig, ob sie kortikal bedingt sind. Jedenfalls können sie nicht ohne weiteres auf ein frontales vasomotorisches Zentrum bezogen werden. Auch Störungen der Blasen-Mastdarmfunktion bestehen bei Hirnerkrankungen jeden Sitzes nicht selten, namentlich wenn das Bewußtsein getrübt ist. Bei einem Kranken mit Schußläsion beider Stirnpole bestand wochenlang nach der Verwundung bei klarem Bewußtsein völlige Inkontinenz von Blase und Mastdarm ohne andere somatische Erscheinungen. Störung jetzt geschwunden. Epilepsie und psychischer Defekt.

5. Zur Apraxie: Das Stirnhirn ist ein Zentrum für Zweckhandlungen und steht zu dem Bewegungsapparat des Körpers in gleichem Verhältnis wie die III. Stirnwindung zum Bewegungsapparat der Sprache (Extremitätenbroca Liepmanns). — Keine eindeutigen eigenen Beobachtungen!

6. Zur Psyche (Stirnhirntheorie von Meynert-Hitzig, Assoziationszentrenlehre Flechsigs): Das Stirnhirn hat engere Beziehungen zu den höheren psychischen Fähigkeiten, speziell zur Intelligenz. Es ist der Sitz für die Verstandesleistungen und die Gedächtnisspuren der körperlichen Erlebnisse.

In frischen Fällen von Stirnhirnschüssen wurden wechselnde psychotische Zustandsbilder beobachtet: Bewußtseinstrübung aller Grade von einfacher Somnolenz bis zum tiefsten Koma, heftige delirante Erregungen, Stuporzustände. Ähnliche Bilder kommen aber auch bei anderer Lokalisation der Schußverletzung des Gehirns vor. In den ersten Monaten kann das Bild akuter Verblödung vorgetäuscht werden, das wieder schwindet. (Zwei Fälle.) Einmal wurde ein wochenlang anhaltender moriaartiger Zustand mit läppischer Heiterkeit und Witzelsucht bei ausgedehnter Zertrümmerung des linken Stirnlappens neben Sprach- und Schreibstörung beobachtet. (Jetzt Defektzustand.) In einem Falle von Durchschuß beider Stirnlappen bestand nach Abklingen der akuten traumatischen Wirkungen über viele Monate ein Zustandsbild mit vorwiegend psychomotorischen Störungen im Sinne Kleists, wie es ähnlich von Kramer bei Stirnhirnschuß beschrieben wurde: Herabsetzung aller Spontaneität und akinetische Erstarrung, abwechselnd mit triebartiger Bewegungsunruhe, motivloses Herumdämmern ohne Bewußtseinstrübung bei erhaltener Auffassung und leidlicher Orientierung ohne Apraxie und Lähmung. Auf Aufforderung große Bewegungsverlangsamung mit Innervationsnachdauer. Wegfall aller spontanen sprachlichen Äußerung trotz normaler Sprechfähigkeit und ohne erhebliche Denkhemmung.

Posttraumatische geistige Schwächezustände sind nach Stirnhirnschüssen recht häufig. Die Frage jedoch, ob eine bleibende Intelligenzschwäche frontales Lokalsymptom ist oder durch die Hirnschädigung als solche, auch bei anderem Sitz der Läsion, in gleichem Grade vorkommen kann, wird sich erst nach eingehender klinischer und experimenteller Analyse weiterer geeigneter Fälle und nach statistischer Verarbeitung des gesamten Materials von Hirnschüssen entscheiden lassen. Zu beachten ist, daß geringe Grade von Geistesschwäche der gewöhnlichen klinischen Beobachtung entgehen können und sich erst im praktischen Leben äußern in verminderter Leistungsfähigkeit, Mangel an Willenskraft und gemütlicher Abstumpfung gegenüber den beruflichen und familiären Anforderungen. Der psychologische Versuch deckt derartige latente Defekte oft in überraschender Weise auf und ist unter Umständen für den Nachweis einer geistigen Schädigung nicht zu entbehren. Assoziative Störungen, Merkschwäche, Reproduktionsfälschungen, pathologische Ermüdung u. ä., die sonst übersehen werden, treten dabei deutlich zutage.

Nicht selten sind auch Charakterveränderungen, insbesondere gesteigerte Affektivität, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen, von denen sich aber ebenfalls noch nicht sagen läßt, ob sie als Stirnhirnsymptom oder als Allgemeinerscheinung der Gehirnläsion aufzufassen sind."

Oser (Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 23) demonstrierte folgenden Fall von traumatischer Epilepsie.

Vor sieben Monaten Verschüttung durch eine Granate. Vor zirka sechs Wochen traten epileptische Anfälle auf, die bis vor der Operation an Häufigkeit und Intensität zunahmen. Röntgenbild negativ. Der Beginn der Krämpfe wies auf die linke Zentral- resp. Parazentralwindung hin.

Nach Aufklappung entsprechend dieser Region durch einen großen Hautperiostknochenlappen, konnte Oser einen adhärenten Splitter der Tabula interna von der Dura entfernen.



Seit der Operation ist Patient frei von Anfällen.

Zwölf Tage nach der Operation ist die große Aufklappung wieder fest geworden.

Jellinek hatte vier Wochen vor der Operation folgenden Befund erhoben: Klopfempfindlichkeit der linken Schädelhälfte, gerade angedeutete rechtsseitige Fazialisparese, insbesondere des Mundfazialis. Keine Differenz der groben Muskelkraft rechts und links, beiderseits gesteigerte Reflexe, rechter Patellar- und Achillessehnenreflex jedoch stärker; rechts Oppenheim angedeutet. Die spärlichen Symptome wiesen auf die linke Hemisphäre, Lobus parazentralis, hin.

Die von Oser durchgeführte Operation hat gezeigt, daß die von Jellinek gestellte Lokalisationsdiagnose richtig war.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Die Psychosen des Krieges.** Von Prof. Dr. E. Moravcsik, Budapest. Wien. med. Wochenschr. 1916.

Eine sehr lesenswerte Darstellung. Im einzelnen ist u. a. erwähnenswert, daß M. ziemlich häufig bei weiblichen Kranken, Müttern, Gattinnen, Töchtern, nach Einrücken, Verwundung, Tod oder Gefangenschaft des Sohnes, Gatten, Vaters einen Depressionszustand mit Schlaf- und Appetitmangel und Energielosigkeit ohne jedes andere Kennzeichen der Melancholie sah; nur vereinzelt zeigten sich Selbstvorwürfe und Selbstmordbestreben; fast immer war neuro-psychopathische Belastung nachweisbar.

Bezüglich der Vermutung, daß die Zahl der geistigen Erkrankungen bei der Zivilbevölkerung unter dem Einfluß des Krieges wesentlich zunehmen könnte, verweist M. auf das negative Ergebnis meiner Umfrage bei deutschen Irrenanstalten (diese Wochenschrift 1915/16 S. 171, 192).

Bei manisch-depressivem Irresein überwog das depressive Moment häufig. Im übrigen werden die Geisteskrankheiten, deren Ausbruch in die Kriegszeit fällt, nur insofern beeinflußt, als der Inhalt mancher Wahnvorstellungen sich mit Kriegsereignissen färbt oder füllt, so namentlich besonders bei Fieber- oder Inanitionsdelirien.

Es werden besprochen die — seltenen — Psychosen nach Hirnverletzungen; erbliche nicht belastete Personen erkranken nach M.s Erfahrung nicht an traumatischer Neurose infolge Anstrengungen des Krieges, Verletzungen oder seelischer Erschütterungen, häufiger kommt es in unmittelbarem Anschluß an den Insult zu motorischen und sensorischen Ausfall- und Hemmung-, Lähmung- oder Reizzuständen und zu Dämmerzuständen mit Amnesie. Doch war auch bei letzteren meist ererbte oder erworbene Disposition vorhanden.

Ferner werden geschildert die neurasthenischen und die Erschöpfungszustände und Psychosen, die stuporösen Zustände, die Verwirrtheitszustände.

Von den angeführten Beispielen dürften einige auch den Fachmann interessieren:

Ein 38 jähriger Beamter meldete sich freiwillig als Landsturmmann, wurde aber nicht akzeptiert und als dienstuntauglich bezeichnet. Dieser Umstand deprimierte ihn, er wurde lebensüberdrüssig, schlaflos und appetitlos und befaßte sich stets mit dem Gedanken, als Simulant beurteilt zu werden, weshalb man ihn verachten und verhaften werde.

Ein 30 jähriger Landmann rückte im August 1914 als Artillerist ein, kam sofort an die Front, wo er in jeder Hinsicht seinen Mann stellte. Im August 1915 stürzte er während eines Gefechtes infolge einer Granatexplosion pötzlich zusammen, verlor das Bewußtsein und es traten am ganzen Körper krampfhafte Zuckungen auf. Da sich diese Anfälle häuften, wurde er am 5. September 1915 in häusliche Pflege entlassen; hier hatte er zwei weitere Anfälle. Nach Angabe seiner Angehörigen begann er bei jedem Anfalle zwecklos umherzulaufen, stürzte sodann nieder, sein Gesicht verzerrte sich, wurde bläulich verfärbt, es zeigten sich Zuckungen und Krämpfe der rechten Körperhälfte, während welcher er sich in die Zunge biß; nach einigen Minuten kehrte das Bewußtsein zurück. Sukzessive nahm die Sehkraft des rechten, dann des linken Auges ab, schließlich trat eine Lähmung der rechten Körperhälfte ein. Pat. vergaß das Lesen und Schreiben und wurde apathisch. Vater an Tuberkulose, Mutter an Karzinom gestorben. Eine Tante mütterlicherseits geisteskrank. Er selbst absolvierte die Volksschule, befaßte sich später mit Weinbau, war stets fleißig und arbeitsam. Im Alter von 23 Jahren heiratete er. Hat geistige Getränke stets mäßig genossen, war nie luetisch infiziert, hatte vorher niemals epileptische oder Schwindelanfälle. Pat. wurde am 29. September 1915 in M.s Klinik gebracht. Status: Normale Schädelform ohne Abnormitäten; Pupillen etwas erweitert, Lichtreaktion normal; Sehkraft stark vermindert, Lichtempfindung vorhanden, unterscheidet hell und dunkel, sieht jedoch unmittelbar vor seinen Augen befindliche Gestalten als: „etwas Längliches, das sich bewegt", auch vermag er keine Gegenstände zu unterscheiden. Herz ohne Veränderung, Lungenspitzen mäßig infiltriert. Rechter Fazialis paretisch. Kniereflex beiderseits lebhaft, alle übrigen vorhanden, rechts Babinski. Mit geschlossenen Augen stehend schwankt Pat. nicht. Gang schwerfällig, zieht das rechte Bein paretisch nach. Druckkraft rechts 15, links 55 kg. Haut- und Muskelempfindlichkeit normal. Sprache schwerfällig, mitunter spricht er die Worte artikulierend aus. Perzipiert die Fragen schwer, gibt auf dieselben richtige, zeitweise



lückenhafte Anworten, Stauungspapille, Wassermann negativ. Im weiteren Verlaufe Paraphasie, Parapraxie, teilweise Apraxie, dann mehrere epileptiforme und apoplektiforme Anfälle mit Partizipierung der rechten Körperhälfte. Die Lähmung des rechten Beines nahm derartig zu, daß Pat. unfähig war, allein zu gehen oder aufzustehen. Gleichzeitig war die Lichtreaktion der Pupillen aufgehoben, ausgesprochene Demenz trat auf, und die Sprache wurde stotternd. Pat. verbrachte den ganzen Tag im Bett, ließ Harn und Kot unter sich. Am 5. Januar 1916 Exitus während eines Anfalles. Die Obduktion ergab ein Gliosarkom im vorderen Teile des linken Schläfenlappens, dessen sagittaler Durchmesser 5,5 cm, transversaler Durchmesser 4 cm und Höhe 5 cm betrug; der Tumor füllte den linken Frontallappen zum großen Teile aus, und verursachte eine starke Atrophie desselben. Die Hirnsubstanz war bis zur Zentralwindung erweicht. Überdies Hydrocephalus internus, in beiden Lungenspitzen tuberkulöser Prozeß, ebensolche Geschwüre im Dickdarm.

Anfänglich hatte man Hirnblutung infolge Hinsturzes bei der Granatexplosion als Ursache der Krämpfe und Lähmungen angenommen.

36 jährige Private R., erblich belastet, von hysterischer Konstitution. Verbrachte den Sommer 1914 ganz gut. Bei Kriegsausbruch hatten die diversen Zeitungsnachrichten einen lebhaften Einfluß auf sie, namentlich aber jene, welche sich auf die Verhaftung von Spionen bezogen. Anfang August veränderten sich Schlaf und Appetit, sie vermeinte zu bemerken, daß man sie in F. gelegentlich ihrer Strandpromenade in ganz absonderlicher Weise beobachte, daß die Leute auf sie Zeichen machten, hinter ihrem Rücken flüsterten und die Polizei im Geheimen auf sie aufmerksam machten. Als sie sich, um jedes Aufsehen zu vermeiden, in eine Seitengasse begab, folgte man auch dort ihren Schritten. Diese Illusionen und Halluzinationen brachten in ihr die Wahnbildung zur Reife, daß man sie für eine Spionin hält und sie verhaften werde. In diesem Zustande wurde sie von ihren Angehörigen nach Budapest in ein Sanatorium gebracht. Auch hier zeigten sich mitunter die Angstgefühle, sie sah im Benehmen der Umgebung verdächtige Erscheinungen und flüchtete nach Hause. Nach wenigen Wochen genas sie im Familienkreise. Bresler.

— **Das Zeichen von Chvostek.** Von Prof. Alfred Fuchs, Wien. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 36.

F. hat wiederholt (gemeinsam mit R. Wasicky) auf die Analogien in den Krankheitsbildern der Tetanie und des Ergotismus aufmerksam gemacht und nachgewiesen, daß die klinischen Symptome des Ergotismus mit denen der Tetanie identisch sind.

Seither beobachtete er 19 Fälle von Tetanie, und zwar 14 Fälle mit dem bekannten Symptome der epidemischen Tetanie, 5 mit Tetanie nach Strumektomien. In sämtlichen 14 Fällen wurde die gleiche Therapie angewendet: vollkommener Ausschluß jeder Zerealiennahrung. In den ersten Tagen Abführmittel (abends 6 bis 8 g Pulv. Liquirit. compos., früh 250 g Ofner Bitterwasser), weil Mehlbestandteile über Erwarten lange im Darm retiniert werden; noch am fünften und sechsten Tage der vollkommen mehlfreien Kostzufuhr wurden Mehlbestandteile ausgeschieden, in einem Fälle sogar am elften Tage, nachdem also zehn Tage lang der Stuhl vollkommen mehlfrei geblieben war und alle Vorsichtsmaßregeln strenge beobachtet wurden.

Ergebnis der Behandlung: vollkommenes Schwinden aller manifesten Symptome der Tetanie — Spontankrämpfe und Parästhesien und aller provokatorischen Symptome —, der mechanischen Übererregbarkeit, der Auslösbarkeit des Krampfes und der elektrischen Übererregbarkeit. Sämtliche Fälle epidemischer Tetanie wurden durch die beiden Maßnahmen — Entfernung des mehlhaltigen Darminhaltes und dauernde Mehlabstinenz — restlos geheilt.

Das Zeichen von Chvostek schwindet ganz parallel der Ausscheidung der Mehlbestandteile; die mehr oder weniger lebhafte Reaktion des Nervus facialis für mechanische Reize kann „geradezu als Gradmesser" für die Ausscheidung der Mehlbestandteile, beziehungsweise Einhaltung der Mehlabstinenz angesehen werden. Das früher beobachtete Aufhören des Fazialisphänomens und Wiederkehr desselben bei neuerlicher Mehlaufnahme fand F. auch diesmal bestätigt.

In zwei Fällen gelang der mikroskopische Nachweis von Sekale im Stuhl. Dagegen wurde fast in allen Fällen die Verunreinigung des genossenen Mehles durch Beimengung von verschiedenen Ausreutern festgestellt.

Auch in Fällen thyreopriver Tetanie schwanden bei vollkommener Mehlabstinenz alle Spontansymptome und nahmen die latenten Symptome deutlich ab.

Das Zeichen von Chvostek ist nach F.s Versuchen auch bei anderen, nicht tetaniekranken Patienten (Entfernung der Mehlresiduen aus dem Intestinaltrakt und vollkommene Mehlabstinenz) dem Gehalte der Mehlnahrung an wahrscheinlich minimalen Mengen von Sekale zuzuschreiben. „Bei Durchführung der beiden genannten Bedingungen schwindet dasselbe vollkommen." Nach F. ist es „in hohem Grade wahrscheinlich, daß das Zeichen von Chvostek in gar keiner symptomatologischen oder pathogenetischen Verbindung mit irgendwelcher Erkrankung steht, sondern daß dasselbe nur einen Bezirk der gesteigerten Erregbarkeit des Zentralnervensystems darstellt, welche Erregbarkeit durch das dem Sekale entstammende Gift unter normalen Verhältnissen als eine Art Tonus, unter pathologischen Verhältnissen als Übererregbarkeit (Krampf) sich manifestiert".

Sowohl bei der Behandlung der Tetanie jeder Art, als auch bei dem Versuche, das Zeichen von Chvostek dort zum Verschwinden zu bringen, wo keine weiteren Tetanussymptome bestehen, ist die Abstinenz von jeder Art Mehl ratsam. Allerdings klagen die Kranken über lebhaftes Bedürfnis nach Brot oder ähnlichem und über Mangel an Appetit gegenüber den angebotenen Ersatzspeisen. Bresler.

— **Der Báránysche Zeigeversuch und andere zerebellare Symptome bei traumatischen Neurosen.** Von Dr. Julius Bauer, Wien. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 36.



B. stellt fest, daß Anomalien der Zeigereaktion bei Anstellung des Báránýschen Zeigeversuches, eventuell auch Anomalien des Schätzungsvermögens für Gewichte sowie Adiadochokinese im Rahmen funktioneller Neurosen beobachtet werden können, daß auch diese Symptome in den betreffenden Fällen als funktionell bedingt, das heißt als eines morphologischen Substrates entbehrend angesehen werden müssen, und daß diese Symptome wenigstens in den meisten Fällen als Indikatoren einer anomalen Funktion der Kleinhirnhemisphären zu gelten haben. Bresler.

— **Weiterer Beitrag zur Hämolysinreaktion bei Meningitisverdacht.** Von Priv.-Doz. Dr. G. Salus, Prag. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 36.

In der Wien. klin. Wochenschr. (1915 Nr. 44) wurde von S. an der Hand von 150 Proben von Zerebrospinalflüssigkeit dargelegt, wie wertvoll die Weil-Kafkasche Hämolysinreaktion für die schnelle Diagnose der Meningitis durch den Nachweis der Permeabilität der Meningen ist, und betont, daß die Probe mitunter auch für das chirurgische Handeln bei Schädeltraumen, namentlich den Schußverletzungen bedeutsam werden kann. Das Verfahren ist einfach und überall, wo Blutkörperchen und zugehöriges Immunserum vorhanden sind, zum Beispiel in Wassermann-Stationen, leicht ausführbar.

Unter den untersuchten 64 Liquorproben waren 27 mit negativer Hämolysinreaktion, die alle schließlich als Nichtmeningitis erkannt wurden; darunter waren drei Fälle von Tumor cerebri, drei von Meningismus (zwei Typhen, eine Pneumonie), ein Fall von Tetanus, zwei von Sinusthrombose, zwei Kopfschüsse, ein Stirnhöhlenabszeß, neun von vorübergehenden Erkrankungen (Status febrilis usw.), vier von Augeninfektionen (Stauungspapille, Sehnervenatrophie), ferner eine Urämie und eine Tuberkulose.

Unter den 25 eitrigen Meningitiden waren acht mit positivem bakteriologischen Befund und zwar: dreimal Diplostreptococcus pyogenes, zweimal Diplococcus pneumoniae, einmal Streptococcus mucosus, einmal Meningococcus Fränkel-Weichselbaum, einmal ein bisher unbekannter Meningitiserreger. Es wird auf die Häufigkeit auch kulturell negativer Befunde in den intra vitam entnommenen Liquorproben hingewiesen (die fünf Streptococcus pyogenes-Befunde beziehen sich auf drei Fälle). Zwischen Intensität der Hämolysinreaktion, Eiweißmenge und Zellgehalt bestand oft kein proportionales Verhältnis. Bresler.

— **Intralumbale Dispargeninjektionen.** Von Dr. B. Coglievina. Wien klin. Wochenschr. 1916 Nr. 36.

„Dispargen" ist ein kolloidales Silberpräparat, welches aber zum Unterschiede von „Elektrargol" nicht durch elektrische Zerstäubung, sondern auf chemischem Wege durch Fällung dargestellt wird.

„Dispargen" wirkte in Form von intravenösen Injektionen sehr gut bei Meningitis cerebrospinalis epidemica, Erysipel, Typhus abdominalis und Tetanus. Irgendwelche schädliche Wirkungen auf Herz und Nieren wurden hierbei nicht beobachtet.

Auf Grund dessen machte C. bei zwei Meningitiskranken den Versuch, „Dispargen" zweiprozentig intralumbal einzuspritzen.

Zur Technik bemerkt C.: Es ist gut, wenn man vor der Injektion die Dispargenampullen in warmes Wasser legt (35° C), um die zu injizierende Flüssigkeit etwas vorzuwärmen, weiter ist es notwendig, daß man, nachdem man bis zur Erreichung eines Druckes von 120 mm Wasserdruck hat Liquor abfließen lassen, noch zirka 5 ccm Lumbalflüssigkeit ablasse, was der zu injizierenden Dispargenmenge entspricht. Nach der Injektion lagere man den Kranken, wie bereits erwähnt, mit tief liegendem Kopfe. Im Anschluß an die Injektion beobachtete ich nur bei dem zweiten Falle plötzlich auftretende, stechende Schmerzen im Ischiadikusgebiete. Bald nach der Injektion stellten sich leichter Schüttelfrost und Temperaturanstieg ein; am folgenden Tage kam es meistens zu Temperaturabfall.

Der Leiter der Apotheke des Landeskrankenhauses in Graz, Ph. Mr. Fritz Wischo, stellte die zu den Versuchen nötigen Mengen von „Dispargen" zur Verfügung. Bresler.

— **Zur militärischen Beurteilung nervöser Krankheitszustände, speziell der Epilepsie.** Von Dr. Ewald Stier. Deutsch. med. Wochenschr. 1916 Nr. 38.

Eigentliche Schwierigkeit der Beurteilung bieten diejenigen Anfälle, die bei Soldaten besonders auf Märschen, beim Exerzieren, namentlich bei hoher Außentemperatur oder im unmittelbaren oder auch mittelbaren Anschluß an affektive Erregungen zum Ausbruch kommen, ohne den klaren Charakter des Psychogenen. Ein Teil zeigt die Merkmale der einfachen Ohnmacht, mit mehr oder minder ausgeprägten Zutaten, ein anderer nähert sich durch das schnelle Eintreten einer oft tiefen Bewußtlosigkeit und nach der Form der motorischen Reizerscheinungen mehr den epileptischen Anfällen, ein weiterer Teil zeigt alle Mischungen der Symptome zwischen diesen beiden Endlagen.

Die Ohnmachtsanfälle auf dem Boden einer angeborenen Labilität des Gefäßsystems als Reaktion auf starke körperliche Anstrengungen und noch mehr auf Hitzeeinwirkung sich einstellend, sind durch langsamen Eintritt, unvollständige Bewußtlosigkeit, tiefe Blässe der Haut und Mangel an tonischen, meist auch an klonischen Muskelzuckungen gekennzeichnet; relativ bald stellt sich „psychogene Bahnung" (Bonhoeffer, Monatschr. f. Psych. 1915 38) ein, Wiederkehr der gleichen Situation löst Wiederholung der auch symptomatologisch meist gleich gearteten Anfälle aus.

Die andere Gruppe sind die von Bratz zuerst als „affektepileptisch" bezeichneten Anfälle jugendlicher unsteter Psychopathen.

Weniger scharf begrenzt sind die von Oppenheim beschriebenen und als „psychasthenische Krämpfe" bezeichneten Anfälle von Psychopathen, die den von Rohde aus Haus Schönow mitgeteilten Anfällen nahestehen.

Das Merkmal der Reaktivität jedes Einzelanfalls auf nachweisbare Schädigungen trennt die Gesamtheit dieser Anfälle und mit ihnen die rein psychogenen von den epileptischen.



Ein Anfall ist nicht reaktiv erfolgt, wenn er aus wirklichem festen Schlafe heraus eintritt; für die Taganfälle läßt sich die auslösende Ursache eines Anfalls durch sorgfältige Befragung des Betreffenden selbst feststellen. Nur das Fehlen jedes auslösenden Faktors ist für die Annahme einer Epilepsie zu verwerten.

Nur an reaktiven Anfällen Leidende sind im Heimats- oder Etappengebiet zu verwenden.

Nach Entscheidung des Kriegsministeriums ist Verschlimmerung bei einer Gesundheitsstörung dann nicht anzunehmen, „wenn hinreichend wahrscheinlich gemacht ist, daß es sich lediglich um eine ihrer Natur nach vorübergehende Reaktion auf ungewohnte äußere Einflüsse handelt". B.

— **Rassenhygiene und Fortpflanzungshygiene (Eugenik).** Von G. v. Hoffmann-Berlin. Öffentliche Gesundheitspflege 2. Jahrg. Heft 1 S. 1 bis 11.

Der Aufsatz ist eine Rechtfertigung des Systems der auf deutschem Boden entstandenen Rassenhygiene gegenüber der einseitigen englisch-amerikanischen Eugenik und will der auf diesem Gebiete einreißenden Begriffsverwirrung vorbeugen. Die von Galton ausgehende Eugenik betrachtet den Menschen, von seiner Umgebung losgelöst, als biologisches Einzelwesen mit den Augen eines Tierzüchters. Die Mittel der Eugenik sind die Beeinflussung der Zeugung und Fortpflanzung, in weiterer Folge die erhöhte Fruchtbarkeit der Tüchtigen und die herabgesetzte Fruchtbarkeit der Minderwertigen. Wie der Aufsatz v. Hoffmanns darlegt, führt diese Betrachtungsweise zu Einseitigkeiten, von denen der deutsche Gedankenkreis (ausgehend von Dr. Wilhelm Schallmayer und Dr. Alfred Ploetz) verschont bleibt. Nach Ploetz betrachten wir nicht den einzelnen Menschen, sondern die Gesamtheit der durch Fortpflanzung zusammenhängenden Einzelwesen und fragen nach den besten Entwicklungsmöglichkeiten dieser dauernd lebenden Einheit, die Ploetz treffend Rasse, die Lehre ihrer bestmöglichen Entwicklungsbedingungen Rassenhygiene nannte. Diese schließt die Eugenik (Fortpflanzungs- und Zeugungshygiene) in sich ein, erstreckt sich aber über die Eugenik hinausgehend auf alle gesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen usw. Erscheinungen, die der Rassenwohlfahrt dienen können. Unter Rasse wird im alten Sinne des Wortes die Lebensrasse, der dauernd lebende Volkskörper verstanden. Zu den Systemrassen (Germanen, Juden, Turanen usw.) verhält sich die Rassenhygiene so, wie sonst zu einzelnen Gruppen von Minderwertigen oder Hochwertigen (z. B. Fallsüchtige, Geisteskranke, musikalisch Begabte, usw.): Aufgabe der Anthropologie ist die Wertung der einzelnen Systemrassen, wie es Aufgabe der Vererbungswissenschaft ist, die Vererbung von Merkmalen aufzudecken; auf Grund der Forschungsergebnisse der Vererbungswissenschaft und der Anthropologie strebt dann die Rassenhygiene die Vermehrung der Tüchtigen und Verminderung der Minderwertigen an. Die Bevölkerungspolitik nennt v. Hoffmann einseitig, weil sie als Hilfswissenschaft oder Unterabteilung der Volkswirtschaftslehre den Gegenstand vom wirtschaftlichen Gesichtspunkte erfassen will, während die richtige Betrachtungsweise die biologische ist. Der Aufsatz, auf den wegen Einzelheiten verwiesen werden muß, mündet in der Feststellung, daß Rassenhygiene und Eugenik nicht gleichbedeutend sind; Rassenhygiene ist das Ganze, Eugenik oder Fortpflanzungshygiene ist ein Teil der Rassenhygiene.

— **Zur Kriegsneurose bei Offizieren.** Von Prof. Hans Curschmann, Rostock. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10 vom 8. März 1917.

Aus den Mitteilungen anderer und des Verfassers eigenen Beobachtungen geht hervor, daß seine Annahme, grobe hyperkinetische oder akinetische Neurosen nach Kriegstraumen seien bei Offizieren relativ weit seltener und prognostisch viel günstiger als bei dem Gros der Mannschaft, durchaus zutreffend ist. Da den Offizier die gleichen körperlichen und seelischen Insulte treffen wie den Musketier, müßte er, wenn körperliche, mikroorganische Veränderungen das Wesentliche bei der Erzeugnis nervöser Komplexe wären, diese doch ebenfalls erleiden und mit ihnen ihre schweren Folgeerscheinungen. Dies kommt aber bei Offizieren nur ganz ausnahmsweise und selten vor. Die ihnen immanenten seelischen Eigenschaften und Vorgänge bilden in der Regel ein immunisierendes und heilungsbeförderndes Agens gegenüber der Neigung des Individuums zur groben hysterischen Reaktion. „Es handelt sich hier im Gegensatz zum „Verlust oder der Schwächung des Gesundheitsgewissens" des Hysterischen (O. Kohnstamm) um eine Festigung dieses Gesundheitsgewissens durch zumeist ethisch hochwertige Abwehrmomente" — den kategorischen Imperativ. Bresler.

Buchbesprechungen.

— Schauta: Die Frau von fünfzig Jahren. — Krieg und Geburtshilfe. Wien und Leipzig 1917. M. Perles.

In dem ersten Aufsatz, der ein Gegenstück zu Wenckebachs „Über den Mann von fünfzig Jahren" bilden soll, spricht Verf. aus, daß er die Wenckebachschen Schilderungen lieber dem Manne von 60 Jahren zuschreibe, daß also dem Mann von 60 Jahren die Frau von 50 Jahren gegenüberstehe. Ohne viel Neues zu bringen, schildert Verf. nun die Frau, wie sie körperlich und seelisch sich darbietet, wenn das Klimakterium endgültig überwunden ist, dabei den neuen Theorien und der modernen Auffassung von der inneren Sekretion volle Geltung verschaffend. Vermißt habe ich nur einige Worte über die Klimakteriumspsychose, die vielleicht in der zweiten Auflage Berücksichtigung findet. — Der zweite Aufsatz ist eine Eröffnungsvorlesung des Wintersemesters 1916/17. Die Geburtshilfe hat die Kriegsaufgabe, im Laufe von Jahren und Jahrzehnten das Verlorene wieder zu ersetzen. Neun Monate nach Kriegsbeginn zeigte die Geburtenfrequenz einen steilen Abfall in ihrer Kurve zu 50% herunter. Die in der Kriegszeit geborenen Kinder sind aber, selbst in der letzten Zeit relativer Hungersnot, normal genährt und kräftig geblieben. Die Knabengeburten haben sich nach Verfasser zugunsten der Mädchengeburten ein wenig verringert. „Alle anderen



Fragen, welche die Frequenz der Geburten nach dem Kriege und den Wiederersatz des Verlorenen behandeln, sind zu schwierig und zu kompliziert, als daß sie heute schon erörtert werden können."

Wern. H. Becker-Herborn.

— Liebermeister, Stabsarzt Dr. G.: Über die Behandlung von Kriegsneurosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten XI. Band Heft 7. Halle 1917, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Die im Festungshilfslazarett II in Ulm a. D. gesammelten Erfahrungen hat Verf. in Buchform niedergelegt, ohne Anspruch darauf zu machen, daß er das Thema an der Hand der Literatur eingehend besprochen habe. Vielmehr handelt es sich um eine zwanglose, während längerer Monate im genannten Lazarett, auf der die Nervenkranken mehr und mehr sich häuften, gewonnenen Erfahrungen, die Verf., ohne viel zu sichten und wieder durchzuarbeiten, niederlegt, um sie möglichst bald der Militärärztewelt zugänglich zu machen. — Die Arbeit zerfällt in einen allgemeinen Teil, der wieder vier Kapitel enthält, von denen aber, dem Thema entsprechend, der Behandlung allein 16 Seiten gewidmet sind, und in einen speziellen Teil; hier tragen die einzelnen Kapitel die Überschriften: Simulation, Sensibilitätsstörungen, „Ischias", neuralgiforme funktionelle Störungen, Hyperästhesien und Anästhesien, Bewegungsstörungen (hiervon wieder zwei Unterabteilungen), viszerale Symptome, Allgemeinbehandlung der Hysterie, Schreckneurosen, „traumatische Neurose", Erschöpfungsneurosen und Die Rentenfrage. Durch die ganze Schrift hindurch, wie auch zum Schluß noch wieder scharf pointiert, klingt ein wohltuender Optimismus bezgl. der Heilbarkeit der funktionellen Kriegsneurosen, den Verfasser seinen Kollegen in möglichst weitem Maße mitteilen und einimpfen möchte. In der Tat möchte das Büchlein wohl dazu beitragen, ein verfrühtes D.-u.-Verfahren hintanzuhalten, die Ärzte anzuspornen, sich intensiver mit solchen Nervenfällen abzugeben, die vielleicht nicht so lohnend oder „interessant" sind wie die rein chirurgischen Fälle, die aber, je länger der Krieg dauert, die letzteren mehr und mehr überwiegen. Ein flüssiger und leichter Stil erleichtert die Lektüre des 75 Seiten starken, durchaus die Anschaffung lohnenden Büchleins.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Fröbes, Prof. Joseph S. J.: Lehrbuch der experimentellen Psychologie. 1. Band, 2. Abteilung. Freiburg i. Br. 1917, Herdersche Verlagshandlung.

Ein großzügig angelegtes und doch wieder kollegienhaft Einzelheiten durchsprechendes Werk! Nachdem die erste Abteilung die Empfindungen in jeder Beziehung gründlich durchsprochen hatte, umfaßt diese zweite Abteilung auf Seite 199 bis 605 die Wahrnehmungen und die Psychophysik. Jeder der beiden Abschnitte zerfällt wieder in mehrere Kapitel. Auch die Psychiatrie kommt bei jeder passenden Gelegenheit zu ihrem Recht, so z. B. bei den Halluzinationen, wo Griesinger, Kraepelin, Specht und andere Irrenärzte eingehend zitiert werden.

— Taschenatlas aller Kriesschauplätze 1917. Berlin SW. 14, L. Schwarz & Comp.

Auf 24 kleinen Karten kann der Leser sich nicht nur eine geographische Übersicht, sondern auch eine Orientierung über die Frontlinien, wie sie zu Beginn dieses Jahres bestanden, neu verschaffen.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Thiem-Leipzig, Dr.-Ing. G.: Keimfreies Wasser fürs Heer. 64 S. Berlin W. 35, 1917. Gea-Verlag G. m. b. H. Preis 1,20 M.

Besonders wichtig in dieser nützlichen Schrift sind die Ausführungen über den Vorgang bei der chemischen Entkeimung des Wassers, bei der Chlorung (Beziehung der organischen Substanz zur Chlormenge, Geschmacksfehler bei der Wasserchlorung und seine Beseitigung, Zeitdauer und Wirkung bei der Chlorung, Herstellung und Handhabung der Chlorwasserlösung). Aus Chlorkalk entsteht unterchlorige Säure, diese zerfällt sofort in Salzsäure und aktiven Sauerstoff; letzterer wirkt sofort oxydierend. Praktische Beispiele sind angefügt. Die Schrift sei bestens empfohlen. B.

— Stern, Prof. Dr. W.: Die Jugendkunde als Kulturforderung. Mit besonderer Berücksichtigung des Begabungsproblems. 83 S. Leipzig 1916, Quelle & Meyer. Preis 1,40 M.

Hinsichtlich der Fähigkeit, mit der ein Mensch auf die Welt kommt, besteht für ihn selbst der Anspruch, daß ihm zur Entwicklung und Verwertung der Anlage angemessene Möglichkeit gegeben wird, und die Pflicht, von der Anlage im Dienst der Allgemeinheit bestmöglichen Gebrauch zu machen, für die Allgemeinheit der Anspruch auf den geistigen Nationalschatz, der in der Fähigkeit des einzelnen ruht, und die Pflicht, diesen Schatz zu heben. Zu diesem Ziel kann die Psychologie als angewandte Wissenschaft führen (die „Psychotechnik", eine wohl überflüssige Wortneubildung), die Erziehungskunde, die nicht wie bisher als gelegentlich zu pflegendes Anhängsel der allgemeinen Psychologie betrieben werden darf, sondern auf den Universitäten mehr und besser vertreten sein sollte, und die Schulpsychologie der Lehrer fördern müßte (durch Ausbildung von Schulpsychologen, Kurse für die Lehrer usw.). B.

— Reichardt: Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. Jena 1916, G. Fischer.

Der Verfasser ist Fachgenosse, ein Schüler Riegers, weshalb allein schon das Buch unser besonderes Interesse beansprucht. Außerdem aber hehandelt Verfasser, wie er selber im Vorwort zugibt, mit sichtlicher Bevorzugung einzelne Themata aus den Gebieten der Neurologie, Psychologie und Psychiatrie und begründet das damit, daß gewisse neurologische Fragen, namentlich aber psychologische und psychopathologische Erscheinungen, dem Gutachter oft ganz besonders große Schwierigkeiten bereiten. Ein Vorzug des Buches ist zweifellos der, daß Verf. in jedem Kapitel immer wieder die Fehler hervorhebt, die in der ärztlichen Begutachtung immer wieder begangen würden. Dabei setzt es naturgemäß des öfteren Seitenhiebe auf ungenaue und oberflächliche Gutachter; doch doziert Verf. auch in positivem Sinne und wirkt da stellenweise sogar außerordentlich instruktiv. Das 576 Seiten starke Werk klingt in folgende Schlußsätze aus:



„Der Arzt tut seine Schuldigkeit, wenn er

1. dem Heilverfahren rechtzeitig volle Aufmerksamkeit zuwendet;

2. den zu Behandelnden oder zu Begutachtenden richtig seelisch beeinflußt;

3. gründlich untersucht und beobachtet (ebensowohl die akuten Verletzungsfolgen selbst als auch den gesamten übrigen Organismus) und richtige Diagnose zur rechten Zeit stellt;

4. seine Befunde genau und sachlich schildert, sowohl die Kausalität und die Erwerbsfähigkeit gewissenhaft prüft;

5. sich bei der Abgabe des Gutachtens nur von wissenschaftlicher Objektivität und Kritik leiten läßt, ohne jede Rücksicht auf die eine oder andere Partei.

Gründlich und sachlich! Dies sei der Wahlspruch jedes Gutachters!"

Der Geist dieser Schlußworte durchweht sichtlich das ganze Reichardtsche Buch.

Wern. H. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— **Epilepsie und Luminal.** Von Medizinalrat Dr. W. Fuchs. Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 16.

Fuchs faßt seine Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

1. Das Luminal ist für viele Fälle von Epilepsie ein Anfallspezifikum, welches selbst im Status seine Wirkung behält.

2. Das Luminal ist für eine Anzahl von Epileptikern ein Psychospezifikum; diese Spezifität braucht nicht an die Anfallsspezifität gebunden zu sein.

3. Das Luminal ist für diese beiden Aufgaben das beste zurzeit existierende Spezifikum.

4. Eine absolute Kontraindikation kenne ich bisher nicht.

5. Luminal muß trotzdem als ein gefährliches Mittel bezeichnet werden, zum mindesten so lange wir nicht die Ursache der auf Aussetzen des Mittels eintretenden schweren Zustände kennen.

Bei welchen Fällen von Epilepsie darf auf eine günstige Wirkung des Luminals gerechnet werden und bei welchen Epileptikern bleibt die Wirkung aus? Diese Frage beantwortet Fuchs wie folgt: Für eine Anfallsheilung am aussichtsreichsten scheinen mir Epileptiker mit vielen, einigermaßen regelmäßig verteilten oder gruppierten, vornehmlich nächtlichen Anfällen und mit der Neigung zu echt epileptischen, tief alienierten Psychosen; ferner solche, deren Anfälle nicht weiter zurückdatieren als etwa in die Zeit der beginnenden Pubertät, und solche, die eine kräftige somatische Konstitution besitzen. Weiter scheint mir prognostisch günstig der einfach stumpfe und der weich-sanguinische, affektive psychische Habitus, sowie Alkoholintoleranz. Eine Zeitlang hatte ich den Eindruck, als ob Kranke, die auf Brom mit Akne besonders stark reagierten, hervorragend günstig von Luminal beeinflußt würden. Das stimmt aber sicher nicht ohne Ausnahme. Fälle mit sich im Laufe der Zeit entwickelnder Verhalluzinierung können ebenfalls dankbar sein. Einfache erbliche Belastung scheint ohne Belang.

Weniger geeignet für Luminal dürften Epileptiker mit atypischen Anfällen sein, Epileptiker, die von früh auf an Anfällen leiden, und endlich kleinschädelige Degenerierte.

Für eine psychische Besserung bieten die meisten Chancen die klassischen Morbus-sacer-Typen in den verschiedenen Formen ihrer enthusiasmierten Unerquicklichkeit, die geringsten die paranoid reizbaren und die infantil euphorischen.

Zurzeit sind diese Erkenntnisse aber noch so tastend gewonnen und so vorläufig, daß es nicht zulässig er-

scheint, bei irgendeinem Fall von Epilepsie für die Luminalkur Ungeeignetheit vorauszusetzen. Man wird zu probieren haben. Ein gewisser Trost ist der Umstand, daß die Wirkung des Luminals entweder nach wenigen Tagen, oft fast nach Stunden sich einstellt oder überhaupt nicht.

Nach Fuchs haben wir in dem Luminal ein interessantes Präparat vor uns, welches zu systematischem Studium dringend einladet. Er denkt dabei weiterhin auch an eine Prüfung seiner Wirkung bei Strychninvergiftung, bei Tierepilepsie, bei experimentell erzeugter Epilepsie, bei Trismus und Tetanus. Besonders aktuell wäre die Verfolgung der Frage, ob das Luminal Einfluß ausübt auf die Proteolyse im Blutserum. Er sagt das namentlich im Hinblick auf den Binswangerschen Nachweis, daß Gehirnsubstanz vom Blutserum leichter Epilepsieanfälle nur in den Zeiten der Paroxysmen, infauster Epilepsieanfälle aber konstant abgebaut wird. B.

— **Über intravenöse Strophantininjektionen.** Von Oberstabsarzt Dr. Julius Faber. M. m. W. 1917 Nr. 8.

In einigen Fällen trat die außerordentlich günstige Wirkung der intravenösen Strophantin-Behandlung nach Prof. Fraenkel zutage. Injektionen von 0,35 mg bezw. 0,4 mg wirkten in zwei Fällen von akuter kruppöser Pneumonie geradezu lebensrettend, ebenso bei einem Patienten mit Myodegeneratio cordis und Arteriosklerose und hochgradiger Atemnot, intravenöse Zufuhr von 0,5 mg Strophantin Boehringer (innerhalb 10 Monaten 91 intravenöse Strophantininjektionen). Nebenher zur Behebung der starken Wassersucht Theobromin- und Theophyllinpräparate abwechselnd. Faber gibt vorsichtshalber als erste Injektion nur 0,3 bis 0,4 mg, als normale Gabe 0,5 mg.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEIL-ANSTALT PÜTZCHEN

FÜR NERVEN- UND GEMÜTS - KRANKE

:: GEGENÜBER ::
BONN A. RHEIN

BESITZER UND DIR. ARZT DR. A. PEIPERS :: TELEFON-ANSCHLUSS: AMT BONN Nr. 229

Dr. Seele's Sanatorium „Drachenkopf" Eberswalde bei Berlin

für Nervenkrankheiten, Innerlichkranke und Erholungsbedürftige. Entziehungskuren. Herrliche Wald- und Höhenlage. Alle Zimmer mit Veranden und weitem Fernblick auf die märkische Schweiz. Mäßige Preise. Prospekte bereitwilligst.

Heilstätte „Waldfrieden" bei Fürstenwalde a. d. Spree.

Spezialanstalt für Alkoholkranke
des Berliner Bezirksvereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke.

Erste und größte Spezialanstalt mit offenen und geschlossenen Abteilungen (180 Betten unter psychiatrischer Leitung (2 Ärzte).
Gute Gelegenheit auf dem 470 Morgen großen Grundstück zur Beschäftigungs-Therapie (Ausbildung in der Forst- u. Landwirtschaft, in der ausgedehnten Gärtnerei, Geflügel- u. Bienenzucht).

Leipzig-Thonberg,

Holzhäuserstraße 1 a
Fernsprecher 1246.

Städtische Privat-Heilanstalt Thonberg für Nerven- und Gemütskranke. Aufnahme von freiwilligen Pensionären.
Aufnahmebedingungen durch die Direktion.

Israelit. Kuranstalten zu Sayn b. Coblenz

Zwei völlig getrennte Abteilungen:
I. **Kurhaus** für Nerven- und leichte Gemütskranke.
II. **Heil- u. Pflegeanstalt** für Geistes- u. Gemütskranke. Komfortable wohnl. Einrichtung (Zentralheizung, elektr. Licht etc.). Mod. Kurmittel, Elektro- u. Hydrotherapie, Beschäftigungstherapie in eig. gärtnerischen u. landwirtschaftl. Betriebe.
Streng rituelle Verpflegung. Eigene Synagoge. Prospekte kostenfrei.
Ärzte: Sanitätsrat Dr. Rosenthal und Dr. Jacoby.
Verwaltungsdirektion: B. Jacoby.

Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke

früher San.-Rat Dr. Kleudgen.

Fernsprecher Nr. 12 — **OBERNIGK** — Fernsprecher Nr. 12

Luftkurort b. Breslau. — Große Park- und Gartenanlagen.
Streng individualisierende Behandlung ∞∞ System. Beschäftigungstherapie ∞∞ Entziehung: Alkohol, Morphium.
Angenehmste Verhältnisse für längeren Aufenthalt bei chronisch Leidenden
Vornehme Familienpflege :: Näheres durch Prospekt
Nervenarzt Dr. Sprengel.



Limonaden-Essenzen und Apparate

liefern vorteilhaft
Goebel & Cie., Elberfeld.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Soeben erschien in unserm Verlage

Dennoch durch!

Deutsches Schauspiel aus dem Weltkriege.

Von Paul Seiffert.

Das Schauspiel hat schon vielfach Erfolge errungen und eignet sich ganz besonders für Lazarette und Genesungsheime.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 33/34. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. **Kreuser**, Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing bei München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Elektromedizinische Apparate

Induktions-Apparate in bewährten Ausführungen

mit einem Trockenelement . . . Mark 18,—, 22,—
„ zwei Trockenelementen . . . „ 25,—, 33,—
„ Chromsäure-Element . . . . „ 23,—, 33,—

Galvanische Batterien von Mark 30 an.

Handstrahler n/Minin mit blauer, roter oder weißer Lampe Mark 33,—.

Elektrische Wärmekompressen zum direkten Anschluß an die Starkstromleitung von Mark 16 an.

Elektrische Vibrationsmassage-Apparate, Heißluftduschen usw

Medicinisches Warenhaus (Actien-Gesellschaft)

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

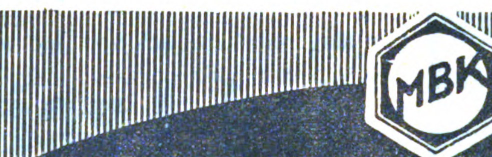
Fruchtsäfte, Limonaden-Sirupe und -Essenzen

erzeugen in bekannt hervorragender Güte

J. Steigerwald & Comp., Heilbronn a. N.

Spezialfabrik mit Dampf- und elektrischem Betrieb. Zweigniederlassung: Karlsruhe (Baden)
Geschäftsgründung 1869.

Lieferanten vieler Behörden. ═══ **Man verlange Proben.** ═══ **Glänzende Anerkennungen.**



Compretten u. Amphiolen

Gebrauchsfertige Arzneiformen deutscher Herstellung

— Bromräparate —

Compretten „MBK“

Kalium bromatum
0,5 und 1,0
Gläser zu 25 und 50 Stück

Natrium bromatum
0,5 und 1,0
Gläser zu 25 und 50 Stück

Camphora monobromata
0,2
Glas zu 25 Stück M 1,00

Bromum compositum
Kal. bromat., Natr. bromat. aa 0,5, Ammon. bromat. 0,25
Gläser zu 25, 50 und 100 Stück

Brom. comp. effervesc.
Kal. bromat., Natr. bromat. aa 4,0, Ammon. bromat. 0,2, Sal. efferv. q. s.
Gläser zu 25 und 50 Stück

Mixtura nervina
Kal. bromat., Natr. bromat. aa 0,4, Ammon. bromat. 0,2, Ammon. val. 0,05
Ol Menth. pip. q.s.
Glas zu 25 Stück M. 1,20

Ueber „MBK“-Präparate

steht ausführliche Broschüre mit Angabe der Anwendungen, Dosierungen und Preise zur Verfügung. Die Präparate sind als bequeme und billige Arzneiverordnungen auch bei einer grösseren Anzahl Krankenkassenverbänden zugelassen

E. MERCK, DARMSTADT
C. F. BOEHRINGER & SOEHNE, MANNHEIM-WALDHOF
KNOLL & CO., LUDWIGSHAFEN a. Rh.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 33/34. 10. November **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Über schizophrene Heredität.

Von Dr. **I. Elmiger,** zweiter Arzt, St. Urban, Kanton Luzern.

(Schluß.)

Familie V. Mutter schizophren. Vater gesund. Die Familie hat vier Kinder. Zwei davon sind schizophren. Nun kann auf Vaters Seite die Familie sehr weit zurückverfolgt werden, nie kam Schizophrenie vor. Dagegen steckt in dieser Familie ein sonderbarer Hang zum Aufschneiden, allerdings nicht etwa in betrügerischer Art, um sich unberechtigte Vorteile zu verschaffen, sondern ein Hang, groteske Geschichten zu erfinden und in Umlauf zu bringen. Sollte diese sonderbare Charakteranlage in Verbindung mit der schizophrenen Anlage von Mutterseite eine Schizophrenie erzeugen?

Familie VII. Auf Vaters und Mutters Seite sind mehrere Geschwister mit Sonderbarkeiten begabt. Aber in beiden Familien ließ sich keine Schizophrenie nachweisen. Von acht Kindern sind zwei schizophren. Hat das Zusammentreffen abnormer Charaktereigenschaften väterlicher- und mütterlicherseits zu einer Neuentstehung von Schizophrenie bei den Kindern geführt?

Wir müssen uns allerdings hüten, aus Charakterabnormitäten zu weit gehende Schlüsse zu ziehen in bezug auf eine Neubildung von Schizophrenie, da auch bei den nichtschizophrenen Psychosen in 32% bei den Eltern die gleiche Abnormität sich nachweisen läßt.

Bei den Schizophrenien findet sich Trunksucht erwähnt bei Vater oder Mutter in 15%, in vereinzelten Fällen auch bei beiden Eltern zugleich. Einigemale ist die Trunksucht vergesellschaftet mit konstitutionellen Charakteranomalien, so daß ab und zu der Alkoholismus als die äußere Manifestation der abnormen geistigen Veranlagung aufzufassen ist. Daß der Alkoholismus auch eine Schizophrenie maskieren kann, ist ja bekannt. Es begegnet einem im Laufe der Anstaltstätigkeit nicht so selten, daß Kranke bei ihrer ersten Aufnahme unter der Etikette Alkoholismus figurieren, sich aber später als unzweifelhafte Schizophrenien demaskieren. Aber auch abgesehen von diesen Verhältnissen können wir auch hier die Frage aufwerfen, ob vom Alkoholismus der Eltern irgendeine Beziehung hinüberführt zur Schizophrenie der Kinder. Wir müssen auch hier recht vorsichtig sein, da auch bei den nichtschizophrenen Psychosen in 21% Alkoholismus bei Vater oder Mutter nachgewiesen werden kann.

Wenn wir die schizophrenen Geschwistergruppen nach der Zahl der gesunden und kranken Geschwister einer näheren Betrachtung unterziehen, so ergibt sich folgendes Bild:

8,7%	der Geschwistergruppen bestehen aus einem Geschwister,			
2,1%	„	„	2	Geschwistern
10,8%	„	„	3	„
15 %	„	„	4	„
10,8%	„	„	5	„
15 %	„	„	6	„
6,5%	„	„	7	„
6,5%	„	„	8	„
8,7%	„	„	9	„
6,5%	„	„	10	„
2,1%	„	„	11	„
2,1%	„	„	12	„
2,1%	„	„	14	„
2,1%	„	„	15	„



Die Geschwistergruppen mit einem bis zehn Mitgliedern machen 88,6% sämtlicher Geschwister aus. Die Gruppen mit mehr als zehn Mitgliedern bilden den übrigen kleinen Rest.

Hier können wir auch die Frage aufwerfen, ob die früher oder später geborenen Geschwister mehr gefährdet sind, an Schizophrenie zu erkranken. Zu diesem Behufe müssen wir folgende Tabelle zugrunde legen:

Es machen von sämtlichen Geschwistern aus:

die erstgebornen	Geschwister	16 %
die zweitgebornen	„	15 %
die drittgebornen	„	14 %
die viertgebornen	„	12 %
die fünftgebornen	„	10 %
die sechstgebornen	„	8 %
die siebentgebornen	„	6 %
die achtgebornen	„	5 %
die neuntgebornen	„	4 %
die zehntgebornen	„	2 %
die elftgebornen	„	1,4%
die vierzehntgebornen	„	0,7%
die zwölftgebornen	„	1,0%
die fünfzehntgebornen	„	0,3%.
die dreizehntgebornen	„	0,7%

Die erst- bis fünftgebornen Geschwister machen 67% der Gesamtzahl aus, die erst- bis zehntgebornen sogar 92%.

An Schizophrenie erkranken:

die erstgebornen	Geschwister	zu 32%
die zweitgebornen	„	„ 30%
die drittgebornen	„	„ 31%
die viertgebornen	„	„ 16%
die fünftgebornen	„	„ 37%
die sechstgebornen	„	„ 16%
die siebentgebornen	„	„ 29%
die achtgebornen	„	„ 21%
die neuntgebornen	„	„ 0%
die zehntgebornen	„	„ 28%
die elftgebornen	„	„ 25%
die zwölftgebornen	„	„ 33%
die dreizehntgebornen	„	„ 0%
die vierzehntgebornen	„	„ 50%
die fünfzehntgebornen	„	„ 0%.

Es geht aus dieser Zusammenstellung hervor, daß die erst-, zweit-, dritt-, fünft-, siebent-, acht-, zehnt-, elft- und zwölftgebornen Geschwister ungefähr dieselben Chancen haben, an Schizophrenie zu erkranken. Aus der Tatsache, daß die vierzehntgebornen Geschwister mit 50% an Schizophrenie erkranken, könnte man ableiten wollen, daß die spätgebornen etwas mehr gefährdet sind. Aber praktisch fällt das ja kaum in Betracht, denn Familien mit 14 und mehr Kindern sind schon mehr Raritäten. Ob es nur Zufall ist, daß nach unserer Zusammenstellung die fünftgebornen etwas mehr gefährdet sind als die andern, mag dahingestellt bleiben.

Besonders erwähnenswert erscheint uns noch folgendes: Die Schizophrenen sind in 27% verheiratet, die an nichtschizophrenen Psychosen Erkrankten in 42%. Die Normalbevölkerung ist im Alter von 15 bis 60 Jahren, also im Alter der Schizophrenie, in 50% verheiratet. Die verheirateten Schizophrenen betragen also kaum die Hälfte gegenüber der Bevölkerung. Die Ursachen dürften zum Teil darin gesucht werden, weil diese Psychose oft schon in frühem Alter auftritt, wodurch die Verehelichung verhindert wird, zum Teil aber auch darin, weil der Schizophrene infolge der Neigung zur Introversion weniger heiratslustig ist als der Normale.

Die Ehen, welche einen schizophrenen Vater oder Mutter haben, stehen an Kinderzahl weit unter der Normalbevölkerung. Die erstern haben durchschnittlich drei Kinder, während die durchschnittliche Kinderzahl unserer Bevölkerung 5,4 beträgt. Immerhin beträgt die durchschnittliche jährliche Kinderzahl der eingetretenen Schizophrenen noch 80. Diese 80 Individuen sind demnach alle direkt durch Schizophrenie belastet. Wäre nun die Vererbung eine dominante, so müßten sie alle später an Schizophrenie erkranken und das müßte sich wieder in einer erhöhten Zahl der direkt belasteten Schizophrenen ausdrücken, die in die Anstalt aufgenommen werden. Nun sind aber nach den vorhergehenden Ausführungen nur 15% der Schizophreniefälle direkt belastet. Wir können deshalb annehmen, daß ein großer Teil dieser direkt belasteten Kinder nicht erkrankt, weil die Vererbung eine rezessive ist.

Prof. Bleuler bemerkt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie Seite 328: „Natürlich kommen auch Nervenkrankheiten in den Familien Schizophrener vor, schon weil viele Schizophrenien so genannt werden. Irgendwelche familiären Beziehungen zu einer gewissen, noch nicht näher zu charakterisierenden Klasse von Epilepsie scheinen vorhanden zu sein." So finden wir denn auch in den schizophrenen Geschwistergruppen in 2% Epilepsie.

Auch macht es den Eindruck, daß ab und zu Schwachsinn und Idiotie in irgendeiner Beziehung zur schizophrenen Belastung stehen. Sind vielleicht hier und da Fälle von Imbezillität früh auftretende Schizophrenien? Wir haben ebenfalls in 2% Imbezillität und Idiotie in den schizophrenen Geschwistergruppen gefunden.

Nervosität, Charakteranomalien und Trunksucht

finden sich in 20% bei den Geschwistern von Schizophrenen.

Erwähnenswert mag auch noch sein, daß 25% der Ehen, in denen entweder Vater oder Mutter schizophren ist, kinderlos sind, während die kinderlosen Ehen unserer Bevölkerung zirka 10% betragen.

Fassen wir das Vorhergehende nochmals kurz zusammen:

1. Bei der Vererbung der Schizophrenie spielt die indirekte schizophrene Heredität die größere Rolle als die direkte. Die erstere ist etwa viermal so groß wie die letztere.

2. Bei den nichtschizophrenen Psychosen konnte die indirekte schizophrene Heredität in 8% nachgewiesen werden.

3. Die direkte Belastung mit Charakterabnormitäten und Trunksucht kommt sowohl bei den schizophrenen als bei den nichtschizophrenen Psychosen ungefähr gleich häufig vor.

4. Die Ehen, bei denen ein Teil schizophren ist, haben durchschnittlich eine viel geringere Kinderzahl als die Ehen unter Normalen.

5. Es ist eine große Seltenheit, daß in einer Ehe beide Teile schizophren sind.

6. Das Verhältnis der gesunden und kranken Geschwister beträgt bei unserem Material 2,5 : 1. Das Verhältnis kann natürlich in nicht allzu weiten Grenzen schwanken.

7. Die Schizophrenie vererbt sich rezessiv.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Nach W. Spielmeyer (Zur Behandlung „traumatischer Epilepsie" nach Hirnschußverletzung; M. m. W. 1915 Nr. 10) ist bei Fällen mit epileptiformen Reizerscheinungen, bei denen nicht Knochenstücke, Geschoßteile, Abszesse oder ähnliches, sondern Narbenbildungen im Gehirn oder zwischen diesem und seinen Hüllen die Ursache der Anfälle bilden, meist der Erfolg der Behandlung nur vorübergehend, selbst wenn man zunächst mit Erfolg die Narben zwischen Hirnoberfläche und Häuten oder ähnliches entfernte, und von neuem bewirkte der Narbenreiz Anfälle.

Auf Grund von Trendelenburgs Versuchen, wonach sich experimentell erzeugte Rindenkrämpfe, z. B. beim Hunde beseitigen lassen durch Anwendung der Kühlung, verordnete S. bei einem Fall, der neben einer geringfügigen linksseitigen Hemiparese ausgesprochene Rindenkrämpfe hatte und an der Stelle der ursprünglichen Verletzung einen zirka zweimarkstückgroßen Defekt im Schädelknochen, systematisch jeden Tag ein- bis zweimal 1/2 Stunde Kühlungen mit einem Eisbeutel oder auch nur mit Tüchern, die in sehr kaltes Wasser getaucht waren. „Dieser Mann, der mir bereits aus der Beobachtung entschwunden war, kam nach 3/4 Jahren wieder zu mir und erklärte begeistert, daß er nur ein einziges Mal einen Anfall gehabt habe, und damals habe er leichtsinnigerweise zwei Wochen lang nicht mehr gekühlt, und sei auch, als Parästhesien den Anfall meldeten, gerade auf der Straße gewesen und habe keine Möglichkeit gehabt, kaltes Wasser oder Eis anzuwenden." Wenn die Parästhesien wie sonst das Herannahen des Anfalles melden, kommen die Krämpfe nicht zum Ausbruch, wenn er die Wasserkühlung anwendet.

Auch bei zwei Kriegsverwundeten mit ähnlichen Anfällen sah S. das gleiche. „Die Abkühlungsbehandlung hatte einen eklatanten Erfolg."

Man sollte diese Abkühlungsmethode regelmäßig und in systematischer Weise in derartigen Fällen anwenden und nach Trepanationen, wo sich Hirnoberfläche und Häute infolge der Schußverletzungen lädiert erwiesen, nicht allzu ängstlich nach einem vollständigen und frühen Knochenverschluß streben.

Die Abkühlungsmethode ist jedoch kein Universalmittel gegen diese „traumatischen Epilepsien".

Für die operative Behandlung der Fälle, bei denen Lähmungserscheinungen monoplegischer oder hemiplegischer Art nach gröberen Hirnschädigungen auftreten, müssen andere, aus jüngster Zeit stammende Versuche Trendelenburgs richtunggebend sein und sollte man die Trendelenburgsche Rindenunterschneidung vornehmen, da die Exstirpation der oberflächlichen Narbe meist keinen längerdauernden Erfolg hat und die Krämpfe bald wiederkehren, wenn von neuem der Narbenprozeß beginnt.

Diese Gefahr erneuter Reizung der Hirnrinde



durch Narbenbildung kann vielleicht vermieden werden durch Unterschneidung der Rinde nach den Methoden Trendelenburgs.

Trendelenburg hat experimentell gezeigt, daß dort, wo der epileptische Reiz von der Hirnrinde ausgeht, bei deren Unterschneidung die Krämpfe sofort aufhören.

Für die Fälle, wo das Kühlungsverfahren keinen Erfolg hat und wo der Zustand ein bedrohlicher wird, sollte das Trendelenburgsche Verfahren der Unterschneidung sehr in Erwägung gezogen werden.

„Freilich wissen wir noch nicht bestimmt, ob nicht etwa in den hartnäckigen Fällen mit epileptischen Zuständen nach der Unterschneidung auch infolge der subkortikalen Narbenbildung Reizerscheinungen auftreten können, die zu Krämpfen Anlaß geben möchten."

Über den sogenannten Nervenchok nach Granat- und Schrapnellexplosionen berichtet A. v. Sarbó, Budapest. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4 vom 28. Januar 1915.

Der durch Geschoßexplosionen hervorgerufene mächtige Luftdruck kann, ohne äußerliche Verletzung, zu tödlicher Gehirnblutung führen. Der Getroffene sinkt plötzlich um. Bei der Eröffnung des Schädels findet man das Schädelinnere mit Blut vollgefüllt.

Von diesem Fall bis zum einfachen Augenblickswanken gibt es eine unberechenbare Zahl von Abstufungen der Chokwirkung.

v. Sarbó schildert zwei klinisch gut umschriebene Bilder der Explosionsnervenerschütterung.

1. Der Betroffene stürzt infolge einer Geschoßexplosion bewußtlos zusammen; er bemerkt beim Erwachen, daß er schlecht oder gar nicht hört, hat Ohrensausen, empfindet Schwindel; in einzelnen Fällen außerdem unregelmäßige, behende, aussetzende Herzaktion, doppelseitige Rekurrenzlähmung und dieser entsprechend Aphonie. v. Sarbó nimmt Schädigung der entsprechenden Nervenkerne im verlängerten Mark an. Infolge des gesteigerten Luftdruckes gelangt das Gehirn plötzlich unter großen Druck und wird in das Foramen magnum gedrängt (Kochersche Hypothese); dadurch wird das verlängerte Mark eingekeilt, der Liquor cerebrospinalis gelangt unter erhöhten Druck (Gussenbauer-Duretsche Kommotion), besonders im vierten Ventrikel, wo die Kerne des 8. und 10. Hirnnervenpaares am meisten leiden. — In beiden beobachteten Fällen wurde von Anfang an über Schmerzhaftigkeit des Nackens geklagt. Ursache: wahrscheinlich Zerrung der Dura dieser Gegend beim Einpressen der Medulla oblongata ins Foramen magnum. — In einem dieser beiden Fälle Herpes zoster am Kukullaris, was auf Beteiligung des Ganglion intervertebrale hinweist. — Prognose gut.

2. Bewußtloses Zusammenstürzen; die Bewußtlosigkeit dauert längere oder kürzere Zeit. Der Kranke besinnt sich nur dessen, was vor der Explosion stattgefunden hat. Seine Sprache ist verändert; es fehlen ihm einzelne Ausdrücke, er spricht mühsamer und langsamer. Dazu halbseitige Lähmung. An den Muskeln, namentlich an der Stammmuskulatur, unwillkürliche Zuckungen, die den ganzen Körper erbeben machen. Schlaf gestört; der Kranke träumt von den Gefechten, er fährt oft jäh im Schlafe auf. Kopfschmerzen, Kopfsausen, Schwindel. Im Anfang auch Erbrechen zerebralen Charakters und Bradykardie. Rigide Lähmung der Extremitäten einer Seite, die so stark sein kann, daß die Sehnenreflexe überhaupt nicht auslösbar sind. Trotzdem ist weder Oppenheim- noch Babinski-Symptom vorhanden. Mäßiger Nystagmus beim Seitwärtsfixieren; eventuell Schielen — der sogenannte falsche Blick; keine direkte Augenmuskellähmung. Ferner kortikale Sensibilitätsstörung (distalwärts wachsende Störung der Empfindungen). Alles in allem: kortikale Lähmung. Dazu Klopfempfindlichkeit des der Lähmung entgegengesetzten Scheitelbeines.

Nach des Verfassers Ansicht können in gewissen Fällen von Kommotionen des Nervensystems, welche durch den erhöhten Luftdruck bei Explosionen hervorgerufen werden, Läsionen entstehen, welche einerseits die molekulären Veränderungen übertreffen, andererseits die schweren organischen Veränderungen nicht erreichen. „Diese Läsionen beeinträchtigen die zytologische Struktur, den Zustand von Ganglienzelle und Faser derart, daß es zu Ausfallserscheinungen kommt, aber die Läsion führt nicht zur Degeneration von Nervensubstanz und daher kommt es nur zur äußeren Form einer organischen Lähmung, ohne daß die bekannten konkomitierenden Symptome dabei anzutreffen wären." Diese Läsionen bestehen wahrscheinlich in Kontusionen des Nervengewebes sowie in allerkleinsten Blutungen. v. Sarbó nennt sie mikroorganische Veränderungen. Solche nervöse Ausfallserscheinungen, welche die gangbaren Stigmata der organischen Erkrankung nicht aufweisen, dürfen nicht als hysterische Symptome aufgefaßt werden. Verf. fand in keinem der von ihm beobachteten acht Fälle ein hysterisches Stigma. In allen war das der Lähmung entgegengesetzte Scheitelbein schon auf leises Beklopfen sehr empfindlich, was auf den Sitz der Läsion in den Gyri

praecentrales hinweist. Dafür sprechen auch die im Anfangsstadium des Zustandsbildes zu beobachtenden Gehirnnervenlähmungen: Hypoglossus-, Fazialis-, Augenmuskellähmungen, und die kortikale Gefühlslähmung.

In einzelnen Fällen bestand nach der Erholung aus der Bewußtlosigkeit keine Lähmung, sondern nur Klagen über Schwindel und Kopfschmerzen, Bradykardie und der für überstandene Gehirnkommotionen charakteristische psychische Status: Störungen der Merkfähigkeit, plötzliches Abreißen der Gedankenreihe, Vergeßlichkeit für Namen; auf emotionellem Gebiet äußerst gesteigerte Reflexerregbarkeit, Empfindlichkeit, weinerliche Stimmung usw.

In anderen Fällen bestanden schwere Symptome wochen- bis monatelang: epileptische Erscheinungen auf psychischem wie motorischem Gebiete, vasomotorische Störungen, Kongestionszustände, Spinalirritation.

Die Fälle leichterer Art können leicht versehentlich als Simulation, die schweren als Hysterie aufgefaßt werden.

In allen Fällen von Nervenchok durch Granat- und Schrapnellexplosionen handelt es sich nicht etwa um psychischen Chok, sondern nur um Luftdruckwirkung; die Leute erschrecken nicht vor der Explosion, sondern sie werden von ihr völlig überrascht und stürzen zusammen, ehe sie sich noch besinnen können, was mit ihnen geschieht.

Behandlung: Hydriatische Prozeduren, kalmierende Mittel, körperliche und geistige Ruhe.

A. v. Sarbó, Budapest, erörtert den Gegenstand nochmals in einem längeren Aufsatz: Über die durch Granat- und Schrapnellexplosionen entstandenen Zustandsbilder (Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 20),

Die Bezeichnung mikroorganisch hatte Anlaß zu Mißverständnissen gegeben, daher habe er sie neuerdings durch „mikrostrukturell" ersetzt; er versteht darunter: mikrostrukturelle organische Veränderungen, die nicht zu Degeneration führen, minimale Erschütterungsfolgen in der Struktur von Zelle und Nervenfaser, Quetschungen, eventuell meningeale Veränderungen, minimale Blutungen.

Den — schrecklichsten — Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung erbringen jene Unglücklichen, die nach Granatexplosionen ohne äußerliche Verletzungen am Schlachtfelde tot liegen bleiben, die in ihrem Gehirn verbluten. Diese Tatsache wurde im ersten Balkankriege durch die Sektion solcher Leichen bewiesen. Von diesem traurigen Extrem bis zu dem einfachen Augenblickswanken gibt es der Möglichkeiten unberechenbare Zahl.

Bei Tieren, bei welchen die Folgen der Detonationen besser studiert sind, gibt Bezirkstierarzt Reuter folgende Beschreibung davon: Berstung von Blutgefäßen, Nervensträngen im Zentralnervensystem infolge der Stärke der Luftwellen, in seltenen Fällen Apoplexie, z. B. bei Hirschen infolge Blitzschlag, ohne daß sie selbst getroffen waren, mit tödlichem Ausgang (Umschau 1916 Nr. 2).

Für dieses Studium sind nur die anamnestischen Angaben der ganz frischen Fälle zu verwenden — je mehr Zeit nach der Einwirkung der Explosion verstrichen ist, desto mehr machen sich fremde Einflüsse geltend.

v. Sarbó hofft in einer ausführlichen Arbeit dokumentarisch nachweisen zu können, daß in der Mehrzahl der Fälle die Luftdruckeinwirkungen von Granat- und Schrapnellexplosionen sich in folgender Weise abspielen: Der Betroffene hat keine Ahnung von dem Einschlagen des Geschosses, sein Körper wird in die Luft gehoben und dann zurückgeschleudert oder aber umgeworfen und dann verschüttet; er verliert das Bewußtsein momentan und all das, sowie die übrigen Nebenumstände erfährt er erst durch seine Kameraden später. Der Beteiligte selbst erwacht nach seiner Bewußtlosigkeit nach Stunden, oft Tagen, ja sogar Wochen, am Hilfsplatz, im Feldspital, hinter der Front. Beim Erwachen muß er sich erst besinnen, wo er sich befindet, die Besinnung kehrt rascher oder schleppend zurück und es zeigen sich bald gehinderte Sprache, Lähmungserscheinungen, bald allgemeines Schütteln; dann vollkommene Taubheit, Stummheit, Paraplegie usw. usw.

Diese Verschiedenartigkeit der Zustandsbilder beweist, daß die verschiedentlichsten Stellen des Zentralnervensystems eine mikrostrukturelle Schädigung erfahren können.

In Fällen, welche man kurze Zeit nach der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung zu Gesicht bekommt, findet man leichte Fazialisparese, Hypoglossuslähmung, Nystagmus, Bradykardie, ferner besteht in klaren Fällen stets eine Klopfempfindlichkeit derjenigen Stelle des Schädels, welche als wahrscheinlicher Ort der mikrostrukturellen Schädigung angesprochen werden kann.

v. Sarbó glaubt die Ursache dessen, daß allgemein eine psychische Grundlage angenommen wird, darauf zurückzuführen, daß die Fälle nicht in möglichst kürzester Zeit nach der erfolgten Erschütterung neurologisch untersucht werden; denn diese kleinen, minimalen Lähmungserscheinungen verschwinden sehr bald und es bleiben dann die erwähnten Zustandsbilder zurück, welche keine orga-



nischen Zeichen mehr haben, daher allgemein für funktionell gehalten werden.

Psychische Beeinflußbarkeit beweist nicht die psychische Entstehung.

Im Momente der erfolgten Explosionen erlischt das Bewußtsein, ohne daß die Betreffenden irgendeinem psychischen Chok ausgesetzt worden wären. So auch die Erfahrungen von Finkelnburg und die von Clemence Bergel (doppelseitige reflektorische Pupillenstarre nach Schädeltrauma durch Granatfernwirkung, nach 4 Wochen Rückkehr der Licht- und konsensuellen Reaktion der Pupillen).

v. Sarbó beschreibt wiederum einige charakteristische Zustandsbilder:

1. Das Bild der Hemiplegie mit anfänglichen Sprachstörungen und sensiblen Ausfallserscheinungen kortikaler Natur (jedoch ohne Zeichen von Pyramidendegeneration):

Unter dem heftigen Luftdruck der Geschoßexplosion stürzt der Mann bewußtlos zusammen, nach kürzerer oder längerer Zeit findet er sich am Hilfsplatz oder auf einem Spitalsbett und kann sich nicht entsinnen, auf welche Weise er dahin kam.

Er erinnert sich nur an diejenigen Handlungen, welche er vor dem Eintritte der Explosion vorgenommen hatte. Beim Erwachen nimmt er mit Verwunderung wahr, daß seine Sprache sich verändert hat, es fehlen ihm einzelne Ausdrücke, er kann nur langsam und mühsam sprechen. Die Extremitäten einer Seite kann er gar nicht oder nur in sehr beschränktem Maße bewegen: er ist halbseitig gelähmt. An den Körpermuskeln, namentlich an der Stammuskulatur, zeigen sich unwillkürliche Zuckungen, die den ganzen Körper erbeben machen. Sein Schlaf ist gestört; er träumt von den Gefechten, fährt oft jäh im Schlafe auf. Im Anfang kann auch Erbrechen zerebralen Charakters und Bradykardie vorhanden sein. Über Kopfschmerzen, Kopfsausen, Schwindel wird viel geklagt.

Die Untersuchung ergibt eine rigide Lähmung der Extremitäten einer Seite. Die Rigidität kann einen so hohen Grad erreichen, daß die Sehnenreflexe überhaupt nicht erhältlich sind und trotzdem ist weder Oppenheim noch Babinski auszulösen.

Die Bulbi weisen beim Seitwärtsfixieren einen mäßigen Nystagmus auf; eventuell besteht Schielen, der sogenannte falsche Blick fällt auf, es besteht aber keine direkte Augenmuskellähmung.

Außer der motorischen Lähmung ist auch eine sensible vorhanden und zwar vom Charakter der kortikalen Sensibilitätsstörung, das heißt eine distalwärts wachsende Störung der Empfindungen.

Das ganze Bild entspricht dem einer kortikalen Lähmung und wird noch durch ein an und für sich unscheinbares, aber im Gefüge der übrigen Symptome lokalisatorisch wertvolles Zeichen ergänzt, das ist die Klopfempfindlichkeit des der Lähmung entgegengesetzten Scheitelbeines.

Das Symptomenbild ist von der vulgären kortikalen Hemiplegie doch verschieden und nähert sich dem Bilde der funktionellen, hysterischen Lähmungen, wie es auch bislang von der Mehrzahl der Autoren als hysterisches Krankheitsbild aufgefaßt wurde. Auch sah v. Sarbó einige Fälle von schlaffer Hemiplegie.

2. Das Zustandsbild der anfänglichen Taubstummheit, welche dann allmählich in Schwerhörigkeit und Tonlosigkeit und endlich in Heilung übergeht.

Bei der Gehirnerschütterung wird die Medulla oblongata ins Foramen occipitale magnum hineingepreßt und dabei leidet der Akustikus und Vagus sowohl extramedullar, als auch in seinen Kernen, welche durch den Liquordruck geschädigt werden. In fast allen hierhergehörigen Fällen wird über anfängliche hartnäckige Nackenschmerzen geklagt.

Für die Vagusläsion spricht in diesen Fällen die sich vorfindende äußerst beschleunigte, unregelmäßige, behende Herzaktion.

Verlaufarten dieser supponierten Schädigung:

a) Nach der Wiederkehr des Bewußtseins Taubstummheit, nach einiger Zeit Rückkehr des Gehörs, dann der Sprache, letztere im Anfang noch stockend, sich weiter immer mehr bessernd. Nach Ablauf einiger Wochen vollständige Heilung.

b) Im Beginn derselbe Verlauf wie bei a, dann vollkommene Rückkehr des Gehörs. Die Stummheit wird von Aphonie abgelöst, es besteht Atemnot, beschleunigte, arhythmische Herzaktion. Laryngoskopisch Kadaverstellung der Stimmbänder. In den meisten Fällen nach Monaten Heilung.

c) Anfang wie bei a, dann Rückkehr der Sprache, totale Taubheit, otologisch äußeres und inneres Ohr ohne Befund; otologische Diagnose: zentrale Taubheit.

Nach Monaten, selbst nach einem Jahr kann sich das Gehör wieder einstellen.

Wahrscheinlich kann es bei Gehirnerschütterung auch zu einer Neuritis des Akustizi und Vagi kommen. Mit der Annahme eines psychischen Choks sind diese Zustandsbilder, namentlich der Verlauf derselben unvereinbar.

3. Für überstandene Gehirnkommotion charakteristischer Status. Fälle, in denen nach Erholung aus der Bewußtlosigkeit weder Lähmungs- noch Reizerscheinungen zu konstatieren sind, sondern nur subjektive Klagen über Schwindel und Kopf-

schmerzen, sehr oft Bradykardie. Charakteristisch ist der psychische Status: Störungen der Merkfähigkeit, das plötzliche Abreißen der Gedankenfolge, Vergeßlichkeit, besonders für Namen; auf emotionellem Gebiet äußerst gesteigerte Reflexerregbarkeit, Empfindlichkeit, weinerliche Stimmung.

4. Das Bild des Meningismus. Nach dem Erwachen aus der Bewußtlosigkeit in den ersten Wochen überaus großer Erregungszustand, die Kranken scheuen das Licht und den Lärm, fahren bei jedem stärkeren Reiz zusammen usw. usw. und bieten das Bild dessen, was wir unter Meningismus verstehen. Die Sprache ist behindert, verlangsamt, stotternd. Sie sind psychisch äußerst reizbar, reden oft wirr, haben schreckhafte Träume, verkennen die Umgebung, es zeigen sich Anfälle, die wir fälschlich als hysterische zu deuten gewohnt sind. Das ganze Krankheitsbild erblaßt bei richtiger Behandlung im Laufe von einigen Wochen und je nachdem bleibt ein Schütteln oder Zittern des ganzen Körpers, manchmal nur des Kopfes, nur der Hand oder des Fußes zurück. Wieder in anderen Fällen tikartige Zuckungen.

Läßt man diese Leute in Ruhe, verschont man sie mit allzu peinlicher Untersuchung, will man sie nicht um jeden Preis gesund machen, so legt sich diese Übererregung und mit ihr die Zittererscheinungen und die Leute werden wieder so vollkommen hergestellt, daß sie wieder an die Front gehen können. Selbstverständlich braucht es bei selchen Fällen sehr lange Zeit, sechs bis acht Monate, selbst ein Jahr zur vollständigen Retablierung.

Nimmt man diesen Fällen gegenüber nicht diesen Standpunkt ein, sondern betrachtet man sie als an funktionellen Neurosen Leidende, so wird es uns mit der Zeit gelingen, solche aus ihnen zu züchten.

Bei Tieren hat Prof. Eberlein (Monatshefte für prakt. Tierheilkunde) denselben Symptomenkomplex beobachtet.

Aus diesem Symptomenbild des allgemeinen Zitterns hebt sich dann ein eigenartiger Tremortypus hervor, den v. Sarbó bisher in zwei Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte; der eine Kranke führte mit der gelähmten rechten Hand, der andere mit der linken fortwährende, nur im Schlaf aufhörende Zitterbewegungen aus. Der eine heilte nach vier Monaten ab, der andere zittert noch heute. Bis auf laue Bäder und gute Ernährung wurde nichts angewendet.

Beide Fälle erinnerten an das Zittern bei Paralysis agitans (Läsionen in der Regio subthalamica?).

Ein tatsächlich gelähmter zitternder Arm hängt von der Schulter herab, während der funktionell Zitternde einen Spasmus des Kukullaris zeigt und dementsprechend die Schulter höher steht.

5. Kleinhirnsymptome. Gleichgewichtsstörungen, Nystagmus, Vorbeizeigen, Bradykardie, sonst keine Ausfallserscheinung. Diese Fälle sind ziemlich hartnäckig, endigen schließlich auch mit Heilung.

6. Fälle von reiner Rückenmarkserschütterung. Vereinzelte Zustände von totaler Paraplegie mit ganz kolossaler Rigidität, in denen weder Symptome organischer Natur, noch solche hysterischen Ursprungs beobachtet wurden, so daß als Ursache dieser Paraplegie eine durch die Granatluftdruckwirkung hervorgerufene Rückenmarkserschütterung anzunehmen war.

Bei den verschiedenen Individuen ist nach Abklingen der akuten Erscheinungen der Verlauf verschieden, je nachdem es sich um Nervengesunde, Nervenkranke oder Degenerierte handelt. Viel hängt davon ab, wie sich der Arzt zu diesen Fällen stellt. „Huldigt er der Ansicht, daß die Betroffenen an „traumatischer Neurose" leiden, so macht er aus ihnen Invaliden . . . .", die Heilung tritt nicht ein, weil die Patienten an der Fortdauer der Symptome festhalten. Es gab schon zu Friedenszeit Menschen, die das Zittern namentlich der unteren Extremitäten, willkürlich bis zum Klonus, bis zur Trepidation steigernd produzieren und unterhalten konnten.

Auch das Alter, der Zustand der Gefäße spielen eine Rolle.

In reinen Fällen von Granat- und Schrapnellfernwirkungen hat sich nichts ergeben, was auf psychische oder ideagene oder emotive Entstehung dieser Krankheitsbilder hingewiesen hatte.

Die Kranken erwähnen von dem psychischen Chok nichts und wissen auch nichts davon, da die Bewußtlosigkeit plötzlich, unvermerkt eintritt. Es handelt sich nicht um Amnesie für die Vorfälle, welche die Bewußtlosigkeit hervorgerufen haben.

„Wenn der Eindruck der Schrapnell-, Granat- und anderweitigen Geschosse von so einer krankheitserregenden Wirkung wäre, daß er schwere hysterische Zustände verursachen könnte, so sollten wir vernünftigerweise diese verschiedenen Zustandsbilder zu Hunderten und Tausenden und aber Tausenden damals zu Gesicht bekommen, wenn die Truppen das erstemal diesen schrecklichen Gefährnissen der Granat- und Schrapnellexplosionen ausgesetzt sind. Nichts von dem ist zu beobachten."

„Es ist wirklich an der Zeit, mit den sogenannten hysterischen Symptomen einmal gründlich aufzu-



räumen. Ich sehe täglich, daß diese Fälle — ich spreche jetzt von den reinen Fällen der Granat- und Schrapnellfernwirkungen — als traumatische Neurosen bezeichnet werden und als objektives Zeichen der Neurose die Unempfindlichkeit der bulbären Konjunktiva, Fehlen des Rachenreflexes, Anästhesie einer Extremität usw. erwähnt wird."

v. Sarbó hat in Hunderten von Fällen, die verschiedensten Kranken: chirurgische, interne, schwere, an organischer Störung leidende usw., größtenteils selbst untersucht und feststellen können, daß sowohl die Anästhesie der Conjunctiva bulbi, als auch die Rachenareflexie ein durchaus normales Vorkommen bilden.

Augenärzten ist die Anästhesie der Conjunctiva bulbi als physiologischer Zustand bekannt.

Nach v. Sarbós Ansicht sind die sogenannten hysterischen Symptome: die Gesichtsfeldeinschränkung, Hemianästhesien usw. in der Mehrzahl der Fälle künstlich hervorgerufen und die „große Hysterie" ein Produkt des Zeitgeistes und der Ärzte.

Die Hysterie ist eine katexochen psychische Erkrankung und in der übergroßen Mehrzahl der Fälle ist die Hysterie eine endogene, mitangeborene Erkrankung des Nervensystems. „Sie entsteht auch durch das Trauma, aber die Entstehung muß psychogen oder ideagen oder emotiv bedingt sein und die Symptome des Krankheitsbildes müssen das Bild der Beeinflußbarkeit, der Lügenhaftigkeit, Züge der Nachahmung, labile Gemütszustände, Sprunghaftigkeit, Sensitivität aufweisen, um als hysterisch angesprochen zu werden. Nichts von all dem ist in den Fällen von Granatfernwirkungen zu sehen."

Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder und der Verlauf wird auch mitbestimmt von vorangegangener Erschöpfung und von vorher bestandener Minderwertigkeit des Nervensystems.

Bei einem Offizier, der nach Granatexplosion bewußtlos geworden, dann zu sich kam und von da ab stotterte, stellte es sich heraus, daß der Vater ein schwerer Stotterer war, er selbst bisher nie an Stottern litt.

Auch nach der reinen Granatexplosionswirkung können mechanische und psychische Schäden auftreten, welche Krankheitsbild und -verlauf beeinflussen oder beherrschen. Dann vermengen sich die reinen Folgeerscheinungen einer Zentralnervensystemerschütterung und der funktionellen Neurose.

Gewisse Züge der reinen Granatfernwirkung bei nervengesunden Leuten ähneln dem, was wir als nervös, neurasthenisch, hysterisch zu bezeichnen pflegen, und doch besteht ein großer Unterschied.

Derselbe gibt sich in dem günstigen Verlaufe kund.

Eine solche vorgefaßte Meinung ist es, wenn wir einen Zustand, dem objektiv nachweisbare Symptome fehlen, als hysterisch oder psychogen bezeichnen.

Mit ebenso wenig Berechtigung können Folgezustände einer Gehirnerschütterung als traumatische Neurose bezeichnet werden, wie man die nervösen Erscheinungen in der Rekonvaleszenz der infektiösen Erkrankungen als infektiöse Neurose auffaßt.

Mit der Bezeichnung dagegen „Postkommotionelle Zustandsbilder", die v. Sarbó vorschlägt, präjudizieren wir in keiner Weise.

Bei längerem Verlauf treten allerdings auch bei den reinen Fällen Begehrungsvorstellungen auf und verwischen das Krankheitsbild.

Auch durch unrichtiges Vorgehen der Ärzte und Behörden, z. B. durch zu häufige Untersuchungen, werden aus den Leuten, welche sich in postkommotionellem Zustande befinden, Neurastheniker gemacht.

v. Sarbó gibt Nonne darin recht, daß er die Bezeichnung: traumatische Neurose aus dem Vokabularium der Ärzte gestrichen sehen will.

Mit dem Namen der traumatischen Neurose ist der Begriff der Arbeitsunfähigkeit in Laien-, vornehmlich in Anwaltskreisen verknüpft. Dagegen müssen wir Ärzte endlich Stellung nehmen.

Daher schlägt v. Sarbó vor, in den Fällen von reiner Granatfernwirkung von „postkommotionellen Zuständen" zu reden; die durch psychische Einwirkungen entstandenen Krankheitsbilder als Hysterie, Neurasthenie, Psychoneurose usw. zu bezeichnen; die Erschöpfungszustände bei ihren Namen zu nennen usw.

Selbst der Fürstner-Nonnesche Symptomenkomplex (die pseudospastische Parese mit Tremor) wird mit dem Tremor nach Granatfernwirkung vermengt, während v. Sarbó strikte erweist, daß dieser Symptomenkomplex in der Mehrzahl der Fälle die Folge von Erfrierungen und Durchnässungen ist.

Über traumatische Epilepsie berichtet H. Berger, Jena (M. m. W. 1916 Nr. 22).

Gehirnverletzungen können auch bei im wesentlichen unverletzten Schädeln vorkommen. Nicht jede Gehirnverletzung muß mit den Erscheinungen einer Gehirnerschütterung, also mit Bewußtseinsverlust, Übelkeit oder Erbrechen, Pulsverlangsamung usw. verknüpft sein. Berger hat außer vielen anderen z. B. auch einen Fall untersucht, in dem trotz eines queren Durchschusses beider Stirn-



lappen keines der Kennzeichen der Kommotion sich eingestellt hatte.

Eine traumatische Epilepsie muß nicht jedesmal unter dem Bilde einer Rindenepilepsie auftreten. Dies kommt nur dann in Frage, wenn die Narbe in den motorischen Zentren der vorderen Zentralwindung oder in deren Nähe liegt. Aber selbst dann können auch gleich allgemeine Krämpfe auftreten. Die traumatische Epilepsie zeigt sich unter der Form großer und allgemeiner epileptischer Krampfanfälle, oder in sogen. kleinen Anfällen, ferner in der Form vorübergehender geistiger Störung und endlich in sogen. epileptoiden Merkmalen. Diese Folgeerscheinungen können sich nach einer scheinbar ganz glatt ausgeheilten Gehirnverletzung im Verlaufe von Monaten und selbst Jahren entwickeln und die traumatische Epilepsie stellt die häufigste Nachkrankheit derselben dar.

Man kann die Entwicklung des Leidens keineswegs voraussehen. Alle Leute mit schweren, ausgeheilten Gehirnverletzungen klagen wenigstens zeitweise, viele auch dauernd über gewisse Beschwerden und Veränderungen, die ihnen selbst zum Bewußtsein kommen, wie über Kopfschmerz, Blutandrang nach dem Kopf, Widerstandslosigkeit gegen Alkohol, Überempfindlichkeit gegen Sonnenhitze und gegen alle stärkeren körperlichen Anstrengungen, welche physiologischerweise mit einer Erhöhung des Schädelinnendruckes einhergehen. Meist besteht auch eine gesteigerte gemütliche Reizbarkeit mit der Neigung zu Zornausbrüchen und eine Herabsetzung der Merkfähigkeit. Dieses alles sind aber noch keineswegs Zeichen einer traumatischen Epilepsie und sie pflegen meist im Laufe der Zeit erheblich an Stärke abzunehmen und namentlich bei jugendlichen Verletzten ganz zu schwinden.

Erst wenn wiederkehrende große epileptische Krampfanfälle oder auch kleine Anfälle, psychische Störungen oder endlich epileptoide Zeichen in unzweideutiger Weise festgestellt sind, ist man berechtigt von einer traumatischen Epilepsie zu sprechen. Zu den z. T. viel häufigeren epileptoiden Merkmalen rechnet man anfallsweise auftretenden sehr starken Kopfschmerz, plötzlich einsetzende allgemeine Schwäche und vor allem Schwindelanfälle, namentlich solche, die mit Übelkeit oder Erbrechen, Nasenbluten, Einnässen und endlich auch einem kurzen, nachfolgenden Schlaf einhergehen. Selbst die wiederkehrenden Schwindelanfälle allein rechtfertigen den Verdacht des beginnenden Leidens. Ferner Ungleichheiten der Kniereflexe, Babinski, Fazialisparesen, seitliche Abweichungen der Zunge, eine Ungleichheit der Pupillen, eine Abduzenslähmung und Rombergsches Schwanken. In einzelnen Fällen war der Befund am Nervensystem ein normaler.

Traumatische Epilepsie führt häufiger als alle anderen Epilepsieformen zu geistigen Störungen: ausgesprochenen Stimmungsschwankungen, schweren Angstanfällen, Wutanfällen, plötzlichem Weglaufen und namentlich den sehr gefährlichen Dämmerzuständen.

Ein operativer Eingriff kann nur bei einer beschränkten Anzahl von Fällen in Frage kommen, da viele Narbenherde an unzugänglichen Stellen des Gehirns, wie an den beiden Vorzugsstellen bei Basisbrüchen an der Unterfläche der Stirnlappen oder der Spitze der Schläfenlappen gelegen sind. Der Erfolg eines solchen Eingriffs kann erst nach Jahr und Tag richtig beurteilt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Über Hermann Linggs Krankheit.** Von E. Jentsch, Obernigk. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 57 Heft 1.

Nach der Darstellung von Lebenslauf und Krankheit Linggs, die Zeller seinerzeit als Schwermut bezeichnet hat, gibt J. folgende, den heutigen psychiatrischen Anschauungen angepaßte Epikrise:

L. stammte aus einer mit Tuberkulose etwas behafteten Familie und von einer sehr nervösen Mutter. Körperlich etwas schwächlich, von Naturell lebhaft, offen, nachdenklich, gutherzig, ein wenig überempfindlich und verträumt, noch in reiferen Jahren schwärmerisch, dabei meist ernster bis leicht depressiver Gemütsstimmung, intellektuell gut begabt, jedoch etwas einseitig für Sprachstudien angelegt mit deutlicher Neigung und ziemlich früh hervortretender produktiver Veranlagung zur Poesie, von im allgemeinen schwacher Initiative und geringer Entschlußfähigkeit und sehr anlehnungsbedürftig, besaß er ein starkes Bewußtsein seines künstlerischen Könnens und den Mut, sich auf diesem Wege durchzusetzen. Eigentlich nervöse Erscheinungen fehlten bis Ende des dritten Lebensjahrzehnts. Im dreißigsten Jahr erkrankte er in der heißen Jahreszeit bei starker körperlicher Inanspruchnahme während sehr bewegter Zeitläufte an Appetitlosigkeit, Kopfweh, Hitzehyperästhesie, stärkerer Verstimmung, allgemeiner Erregung, Angstzuständen, Verwirrtheit, sensoriellen Reizerscheinungen, Beachtungs- und Verfolgungsideen, Selbstanklagen. Im Mittelpunkt seiner wahnhaften Befürchtungen stand der Gedanke, sich besonders als Träger einer amtlichen Stellung politisch



vergangen zu haben. Diese Idee veranlaßte ihn, seinen Truppenteil bei Nacht und Nebel zu verlassen, um nicht für die Verfehlung an Leib und Leben gestraft zu werden. Die Wahnbildung verschwand im Laufe einiger Wochen, und es verblieb erhöhte Reizbarkeit, Depression und allgemeine Unlust, was nochmalige mehrmonatige Anstaltsbehandlung erforderlich machte. Nach weiterer mehrmonatiger Erholung auf dem Lande wurde L. annähernd wiederhergestellt.

Diagnose: neurasthenisches Irresein.

Späterhin, während der ersten Jahre des Münchener Aufenthalts, scheint die Neurose noch einmal vorübergehend stärker fühlbar geworden zu sein. Dann blieb Lingg aber gesund und war bis ins 81. Jahr literarisch tätig, wo arteriosklerotische resp. senile Atrophie des Gehirns mit allgemeinen Ernährungs- und psychischen Störungen (mit Depression einsetzend) auftraten, welchem Leiden er unter Hinzutreten von Influenza erlag. — Eine periodische Wiederkehr der psychischen Störung kann nicht festgestellt werden. Aus vielen seiner poetischen Schöpfungen schaut ein melancholischer Einschlag hervor. Bresler.

— **Hirnhypertrophie und Konstitution.** Von E. Miloslavich. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allgem. Path. 62, S. 378.

Die Gehirne von Menschen mit lymphatischer Konstitution sind im Durchschnitt erheblich schwerer als die nichtlymphatischer Personen. Der Status lymphaticus beruht vielleicht auf kongenitaler Störung der das Wachstum beeinflussenden Blutdrüsen. Bresler.

— **Die Abwasserreinigung durch Fischteiche.** Von Dipl.-Ing. Endris, Ingenieur der Baudeputation zu Hamburg. Die „Heilanstalt" 1917 Nr. 3/4.

Das Prinzip der Fischteichklärung wird wie folgt präzisiert:

„Das durch Frischwasserklärung (d. i. nicht vorgefaultes Wasser) weitgehend vorgereingte und entschlammte und mit der doppelten oder dreifachen Menge Reinwasser verdünnte Abwasser wird zur biologischen Nachreinigung Teichen zugeführt, die mit einer sorgsam ausgewählten, die Reinigung der Abwässer bewirkenden Flora und Fauna besetzt sind. Die im Abwasser enthaltenen organischen Substanzen werden durch niedere Organismen abgebaut, wodurch wieder die Fische reichlich Nahrung erhalten."

Die Abwasserteiche sind vollkommen geruchfrei und verschönern das Landschaftsbild; außerdem gewährleisten sie finanzielle Ausbeutung. Sie eignen sich auch für Krankenanstalten, Irrenanstalten, Sanatorien usw.

Der äußerst wichtige Vorschlag sei den Anstalten besonderer Beachtung empfohlen. Bresler.

Buchbesprechungen.

— Bolten, Dr. G. C., Nervenarzt im Haag: Drei Aufsätze über Epilepsie. Sonder-Abdr. aus Monatsschr. für Psych. u. Neur. Bd. IXL. 83 S. Berlin 1916, S. Karger. 2,40 M.

Enthält: I. Das klinische Bild der Epilepsie (psychische Epilepsie, Poriomanie, Migräne), II. Die Pathogenese der gehäuften kleinen Anfälle, III. Epilepsie und Dipsomanie. Am Schluß jedes Aufsatzes ist das Ergebnis wie folgt zusammengefaßt.

Zu I: a) Genuine Epilepsie ist eine chronische Autointoxikation auf dem Boden eines unvollständigen Stoffwechsels infolge von Hypofermentation des Tractus intestinalis und des intermediären Stoffwechsels; diese Hypofermentation ist wiederum die Folge der Insuffizienz der Schilddrüse und der Epithelkörperchen.

Das klinische Bild der genuinen Epilepsie stimmt nicht immer mit dem allgemein bekannten Typus überein.

b) Die Erscheinungen der sogenannten psychischen Epilepsie kommen überwiegend vor bei der cerebralen Epilepsie und nur ausnahmsweise bei der genuinen.

Poriomanische Anfälle können eine sehr in den Vordergrund tretende Erscheinung der genuinen Epilepsie sein.

c) Migräne ist, ebenso wie Epilepsie, ein Symptomenkomplex, der bei sehr verschiedenen Erkrankungen und Läsionen vorkommen kann. In der Tat sind die Ursachen von Migräne und Epilepsie qualitativ vollkommen einander gleich, während diese ursächlichen Momente nur quantitativ sich unterscheiden (in dem Sinne, daß die leichteren Formen Migräne verursachen). Pathogenetisch ist zwischen beiden Syndromen ein so inniger Zusammenhang, daß es rationell ist, die verschiedenen Arten der Migräne als eine rudimentäre Form der entsprechenden Epilepsiearten aufzufassen.

d) Ein Teil der Migränefälle ist, ebenso wie die genuine Epilepsie, die Folge von Hypothyreoidismus und Hypoparathyreoidismus. Diese Migränefälle stellen also in der Tat eine leichtere Form der genuinen Epilepsie dar. Diese thyreogenen Fälle der Migräne zeigen sehr gute Ergebnisse bei einer zweckmäßigen Schilddrüsentherapie (rektale Einspritzung frischen Preßsaftes).

e) Der Migräneanfall ist, ebenso wie der epileptische Anfall, sowohl eine Vergiftungserscheinung wie auch eine Nützlichkeitsreaktion des Organismus zur Entfernung der in der Gehirnrinde angehäuften Toxine: der Migräneanfall und der epileptische Anfall sind also fast gleichwertige Entladungen.

Zu II: 1. Die gehäuften kleinen Anfälle ergeben klinisch-morphologisch kein scharf zu umgrenzendes und durchaus kein gleichförmiges Bild, da sie variieren zwischen der allereinfachsten Bewußtseinsstörung (Absenz), dem allerleichtesten nervösen Schwindelanfall und dem elementarsten motorischen Reizprozeß (Verdrehen der Augen) bis zur komplizierteren rudimentären motorischen Entladung, bei welch letzter Erscheinung auch noch wieder eine große gegenseitige Verschiedenheit wahrzunehmen ist. Die verschiedenen Fälle haben denn auch stets nur das miteinander gemein, daß die dabei auftretenden Anfälle gehäuft sind und kurz dauern.

2. Vom klinischen Standpunkt aus hat es keinen Sinn, die gehäuften kleinen Anfälle als ein selbständiges Symptom zu betrachten, da sie sich nur graduell oder quantitativ unterscheiden von den vollständigen (epi-



leptischen oder hysterischen) Anfällen, deren rudimentärste Form sie darstellen.

3. Auch pathogenetisch zeigen die gehäuften kleinen Anfälle eine große Verschiedenheit: eine kleine Minderheit gehört zur Hysterie und vielleicht zur Spasmophilie, ein sehr großer Teil, wahrscheinlich sogar die meisten, gehören zur zerebralen Epilepsie, während wieder ein anderer Teil sicherlich bei der genuinen Epilepsie untergebracht werden muß. Mit Gélineaus Narkolepsie haben sie jedoch durchaus nichts zu tun; sie gehören in den weitaus meisten Fällen sicherlich nicht zur Affekt-Epilepsie von Bratz.

Von einem Morbus sui generis, sowohl Neurose als auch einer anatomischen Erkrankung kann bestimmt nicht die Rede sein.

Zu III. 1. Die Dipsomanie ist ein Symptomenkomplex, der durch periodische Dysphorien hervorgerufen wird; alle Krankheiten, kongenitale Störungen oder degenerative Zustände, die diese letzten zeigen, können Dipsomanie zuwege bringen. Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie, allerlei degenerative, psychopathische Zustände, manisch-depressive Psychose, Melancholie, das Anfangsstadium der Dementia paralytica usw. können das Syndrom der Dipsomanie zustande bringen.

2. Die meisten Fälle der Dipsomanie gehören sicherlich nicht zur Epilepsie, da man fast niemals etwas von unverkennbaren epileptischen Erscheinungen beobachtet oder vermeldet findet. Der sehr unvollständige Erinnerungsdefekt für das, was während des dipsomanischen Anfalls geschehen ist, spricht zum Überflusse stark gegen einen epileptischen Dämmerzustand. Die späteren Erscheinungen, die sich während des Anfalls entwickeln, müssen denn auch als Zeichen einer Alkoholvergiftung (Alkoholrausch) und nicht als Erscheinungen eines epileptischen Dämmerzustandes betrachtet werden.

3. Viele Fälle der Dipsomanie gehören m. E. zu dem leichteren Typus der manisch-depressiven Psychose; die Dysphorie, welche die depressive Phase einleitet, ist als die unmittelbare Ursache des dipsomanischen Anfalls zu betrachten. Nur diejenigen Fälle der manisch-depressiven Psychose, bei denen während der depressiven Phase die allgemeine Hemmung fehlt oder gering ist, geben Anlaß zur Dipsomanie.

Der Dipsomane trinkt Alkohol nicht als Genußmittel, sondern er will seine Dysphorie bekämpfen und benützt darum alles, was dafür in Betracht kommen kann (Alkohol, Veronal, Trional, Morphium, Kokain, Opium und vieles andere). Er hat denn auch keinen besonderen Drang nach Alkohol, sondern nur nach irgendeinem Narkotikum.

Bresler.

— Becker-Herborn, Dr. W. H.: Briefe an Angehörige von Geisteskranken. 83 S. Berlin 1917, S. Karger. Preis 2,50 M.

Für angehende und anfangende Psychiater eine ganz nützliche Schrift, aber auch Angehörigen von Patienten zu empfehlen. B.

— Oppenheim: Beiträge zur Kenntnis der Kriegsverletzungen des peripherischen Nervensystems. Berlin 1917, S. Karger.

Von berufener Seite werden die Kriegserfahrungen, die der Neurologie bezgl. der peripheren Nervenstämme zugute gekommen sind, in einer 136 Seiten starken Broschüre zusammengefaßt. In erster Linie werden Symptomatologie und Diagnostik berücksichtigt, zumal auf den ersten 56 Seiten, die lehrbuchartig gehalten sind. Der zweite, größere Teil dieser Schrift enthält eine Kasuistik von 63 einschlägigen Fällen; 28 Abbildungen begleiten die Darlegungen.

Der bekannte Autor bringt eine Menge neuer „bis da unbekannter oder wenig bekannter", jedenfalls nicht in den allgemeinen Wissensschatz der Neurologie aufgenommener Tatsachen, deren bleibender Wert zweifellos ist, und zwar nicht nur für die Nervenheilkunde, sondern auch für die Anatomie und die Physiologie.

Jeder Arzt, der mit Nervenverletzungen zu tun hat, wird die Anschaffung der Oppenheimschen Schrift für seine Bücherei nicht umgehen können, denn ein einmaliges, wenn auch noch so aufmerksames Durchlesen des Werkchens befähigt noch nicht zur Verwertung des neuen Materials. Wern. H. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— **Über psychische Wirkung des Broms und die wirksame Behandlung melancholischer Zustände mit Sedobrol.** Von Dr. A. Ulrich, Direktor der Schweizerischen Anstalten für Epileptische in Zürich. Korr.-Bl. f. die Schweizerischen Ärzte 1916 Nr. 21 S. 641.

Versuche am normalen Menschen haben ergeben, daß durch fortlaufende Bromeinnahme bei kochsalzarmer Diät eine euphorische, submanische Stimmung erzeugt wird, welche durch Kochsalzzufuhr unter Umschlag in eine kurzdauernde Depression wieder auf das normale Niveau zurückkehrt. Es lag daher nach diesen Versuchen nahe, auch an pathologisch verstimmten Menschen, z. B. den Melancholikern, ähnliche Versuche vorzunehmen. Die Beobachtungen an 10 mitgeteilten Fällen lehren, daß es durch eine kontinuierliche Brombehandlung, falls dieselbe bis zur Erzeugung eines Bromrausches fortgesetzt wird, gelingt, beim Melancholiker innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit einen Umschlag der depressiven Stimmung in eine euphorische hervorzurufen, die nachher der Norm Platz macht.

„Spezielle Technik:

1. Der Bromrausch wird durch die Kombination von Kochsalzwegnahme mit Bromzulage erzeugt.

Das Kochsalz entzieht man am besten aus der Suppe und ersetzt es durch Sedobrol. Bei kürzeren und intensiveren Kuren kann es temporär (bis zum Bromrausch) auch aus den Gemüsen und dem Brot eliminiert werden (schmackhaftes salzarmes Brot kann in der Küche hergestellt werden aus einem Kilo Mehl, einem Liter Milch und 50 g Hefe).

2. Die Zeitdauer der Bromisierung ist individuell zu normieren; körperlich rüstige Personen werden eine kürzere und intensivere Kur ertragen, während bei älteren und weniger kräftigen Leuten ein langsameres Prozedere zu empfehlen ist.



Bei der ersten Gruppe kann sofort mit 4 bis 5 g Bromnatrium (4 bis 5 Sedobrol-Tabletten) eingesetzt und die Dosis vorübergehend auch auf 6 g erhöht werden (s. Fall 1).

Bei der anderen Klasse hat man mit 2 ev. 3 g Bromnatrium (2 bis 3 Sedobroltabletten) zu beginnen und langsam zu steigen.

Hier ist es oft indiziert, die schonendere mehrphasige Behandlung durchzuführen.

3. Ist der Bromrausch ausgebildet, so wird langsam mit der Brommedikation ausgeschlichen und pro Tag 3 bis 5 g mehr Kochsalz der Nahrung zugesetzt. — In keinem Fall darf die Brommedikation plötzlich und dauernd ausgesetzt werden. Beim Abbrechen der Brom-

dosis läßt man sich zweckmäßigerweise von der Stimmung und dem Schlaf des Patienten leiten. Ist die Stimmung wieder depressiv verändert und tritt z. B. unmotiviertes Weinen auf, was als Bromabstinenzerscheinung zu deuten ist, oder ist der Schlaf ungenügend, so wird vorübergehend die Bromdosis erhöht werden müssen."

Personalnachrichten.

— **Suttrop.** Abteilungsarzt Dr. Wegener ist zum Oberarzt befördert worden.

— **Landesheil- und Pflegeanstalt „Philippshospital" bei Goddelau.** Assistenzarzt Dr. Karl Loewer wurde am 22. September 1917 zum Großh. Oberarzt ernannt.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 35/36. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 35/36. 24. November **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die Heilung des Zitterns und anderer nervösen Bewegungsstörungen.[1]

Von Sanitätsrat Dr. **Ernst Beyer,** Chefarzt der Heilstätte Roderbirken bei Leichlingen (Reinprovinz).

Unter den Erkrankungen der Heeresangehörigen haben sich wegen der Auffälligkeit ihrer Erscheinungsweise gewisse nervöse Störungen besonders bemerkbar gemacht und vielfach durch den mitleiderregenden Anblick der davon befallenen Krieger in der Öffentlichkeit Aufsehen erregt. Sie sind nicht erst im jetzigen Kriege aufgetreten. Schon in seinen ersten Veröffentlichungen über die „Traumatische Neurosen" 1889 hat Prof. Oppenheim in Berlin das Zittern bei Unfallkranken geschildert. Im Jahre 1896 haben Professor Fürstner in Straßburg und kurz darauf Professor Nonne in Hamburg die „Pseudospastische Parese mit Tremor" als eine Form der Unfallnervenkrankheiten beschrieben. In größerer Häufung sind diese nervösen Erscheinungen aber jetzt erst zur Beobachtung gekommen, nachdem eine so ungeheuere Zahl von Menschen in einem früher nie dagewesenen Umfange den Kriegsereignissen und den damit zusammenhängenden Schädlichkeiten ausgesetzt worden sind.

In vielen Fällen handelt es sich um nichts weiter als ein Zittern des Kopfes oder eines oder beider Arme oder Beine oder auch des ganzen Körpers, bei anderen um Zuckungen im Gesicht, um Stottern und ähnliche Sprachstörungen. Bei manchen Kranken verbindet sich das Zittern mit Schwächen oder Lähmungen verschiedener Muskelgruppen, so daß veränderte Körperhaltung, Gebrauchsunfähigkeit der Glieder, namentlich Behinderungen des Stehens und Gehens zustande kommen. Anderseits finden sich vielfach auch Muskelspannungen mit den entsprechenden Folgen für die Bewegungsfähigkeit, wodurch zuweilen ganz wunderliche Verdrehungen, eigentümliche Stellungen und krampfartige Gehstörungen in die Erscheinung treten.

Anfänglich glaubte man, daß diese nervösen Zustände nur durch körperliche oder seelische Erschütterungen hervorgerufen würden, also durch Granatexplosionen, Verschüttungen, Sturz oder durch die Einwirkung der furchtbaren Erlebnisse des Kampfes. Bald aber wurde bemerkt, daß die krankhaften Störungen bei wirklich Schwerverletzten gerade recht selten waren, dagegen mehrten sich die Beobachtungen von Zittern und Lähmungen bei solchen Leuten, welche irgendein besonders schweres Erlebnis gar nicht durchgemacht hatten, die z. B. wegen Rheumatismus oder einer andern körperlichen Erkrankung ins Lazarett gekommen waren und schließlich bei solchen, die überhaupt nicht im Felde gewesen waren. In einzelnen Fällen begann das Zittern sogar schon in den ersten Tagen nach der Einberufung in der Kaserne, bei andern nach der Entlassung aus dem Lazarett oder auf Urlaubsreisen, selbst noch nach dem Ausscheiden aus dem Heeresdienst. Am auffälligsten war endlich die Tatsache, daß bei den Kriegsgefangenen, die doch zum großen Teil die schwersten Kriegsereignisse, Trommelfeuer, Verschüttung und seelische Erregungen hinter sich hatten, die Zittererscheinungen und Bewegungsstörungen so gut wie gar nicht vorhanden sind, während doch, wie durch kriegsgefangene Ärzte bekannt geworden ist, auf

[1]) Mit Genehmigung des Herrn Verfassers — wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt sei — abgedruckt aus Anlage zu Nr. 4 der Amtlichen Mitteilungen der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Jahrg. 1917.



feindlicher Seite hinter der Front genau die gleichen nervösen Erkrankungen auftreten, wie bei uns.

Die Behandlung der „Zitterkranken", wie sie kurz genannt wurden, ist allerwärts nach den gewohnten Regeln in Angriff genommen worden, zum Teil mit guten Ergebnissen, überwiegend aber mit geringen Besserungen und meistens ohne wirklichen Erfolg. Man mußte sich damit begnügen, mit der Zeit ein Abklingen der Störungen zu erwarten, namentlich wenn erst der Krieg mit seinen aufregenden und niederdrückenden Ereignissen vorüber und mit der Rückkehr in die Heimat und in den Beruf der segensreiche Einfluß der Arbeit wieder wirksam sein werde.

Eine Beseitigung der Zittererscheinungen und Lähmungen gelang erst, nachdem man dazu übergegangen war, in die der Krankheit zugrunde liegende Veränderung im Ablauf der geistigen Bewegungsvorgänge durch eine ärztliche Behandlung einzugreifen und sie umzustimmen. Gleichwie bei den Kriegsgefangenen alle etwaige Nachwirkung der erlittenen Unbilden durch die Gefangennahme, welche den Mann mit einem Male endgültig den Schrecken des Krieges entrückt, und durch das damit verbundene Erleichterungsgefühl aufgehoben wird, so muß auch das ärztliche Vorgehen die „fixierte Chokwirkung" der voraufgegangenen seelischen Erschütterung an der Wurzel erfassen und ausroden, oder durch neue Eindrücke verdrängen. Zuerst hat Professor Nonne in Hamburg dies durch Anwendung der Hypnose erreicht, eine Methode, die leider trotz zahlreicher und vorzüglicher Heilungen wegen mancherlei Bedenken und Einschränkungen nicht allgemein einführbar ist. Sodann hat ein süddeutscher Nervenarzt, Dr. Kaufmann in Mannheim, die altbekannte Anwendung des faradischen Pinsels unter planmäßiger Verwertung seines persönlichen Einflusses als ärztlicher und militärischer Vorgesetzter und mit Heranziehung energischer Übungen zu einer Methode der Wachsuggestion ausgebildet, mit der er in einer einzigen Sitzung den Erfolg erzwang. Sein Verfahren wird heute in vielen Lazaretten und überall mit bestem Erfolg gehandhabt. Es hat nur den Nachteil, daß es zu gewaltsam und schmerzhaft und daher in manchen Fällen nicht brauchbar ist, vielleicht sogar eben durch seine Schmerzhaftigkeit sich selbst die Sache erschwert und das Gelingen verhindert.

Diese Mängel des sonst so vortrefflichen und folgerichtigen Vorgehens hat Sanitätsrat Dr. Oehmen in Kevelaer beseitigt. Er hat gezeigt, daß man auch mit schwachem, nicht schmerzenden faradischen Strom zum Ziele kommt, wenn man im übrigen nur die Wachsuggestion in sachkundiger Weise durchführt. Seine Methode, die er zuerst am 12. Oktober 1916 mündlich bekannt gegeben hat,[2]) ist seither in den Lazaretten im Bereich des VII. Armeekorps eingeführt worden.

Die in der Heilstätte Roderbirken eingerichtete Reservelazarettabteilung, welche schon seit Anfang 1915 als „Militärnervenheilstätte" ausschließlich mit nervenkranken Offizieren und Mannschaften belegt wird, arbeitet seit dem 17. November 1916 mit dem Oehmenschen Verfahren. Behandelt wurden seither etwa 270 Zitterkranke,[3]) und zwar sämtlich mit Erfolg. Die Störung wurde ausnahmslos in einer Sitzung beseitigt, deren Dauer zwischen einer Minute und zweieinhalb Stunden schwankte. Nur in wenigen Fällen mußte die Behandlung noch wiederholt werden.

Manche Kranken konnten sofort nach der ersten Untersuchung, selbst unmittelbar nach der Aufnahme oder doch am nächsten Tage vorgenommen werden, bei andern mußte man einige Tage oder Wochen warten, denn es ist notwendig, jeden einzelnen Fall genau zu erforschen und bezüglich seiner Entstehungsweise klarzustellen, auch wohl mancherlei körperliche Nebenerscheinungen und Beschwerden vorher zu erledigen. Keineswegs aber ist es unerläßlich, daß der Kranke erst „den richtigen Glauben" gewinnen muß, denn es sind schon viele von ihren Störungen befreit worden, die voller Zweifel und selbst widerstrebend zum Arzt kamen. Ebenso gut gelang die Beseitigung bei solchen, die schon anderweitig in ähnlicher Weise ohne Erfolg behandelt gewesen oder wieder rückfällig geworden waren.

Die eigentliche Behandlung besteht darin, daß nach einer einleitenden Belehrung zunächst die zitternden Muskeln ruhig gestellt, gelähmte angespannt und zusammengekrampfte erschlafft oder durch Anspannung der Gegenwirker gelöst werden. Dies kann anfänglich mit Hilfe eines schwachen, nur eben fühlbaren faradischen Stroms herbeigeführt werden, was die Sache meist sehr erleichtert. Bei andern, namentlich bei einsichtigen und verständigen Kranken, kann man sofort mit Anleitung und Unterweisung beginnen und durch die eigene Kraft es erreichen, daß die Muskeln wieder dem Willen gehorchen. Dies muß dann sofort wiederholt und geübt werden, wobei

[2]) Oehmen, Die Heilung der hysterischen Erscheinungen in Wachsuggestion. Deutsche med. Woch 1917 Nr. 15.

[3]) Anm. b. d. Korr.: Ihre Zahl ist seither bedeutend gewachsen (über 700).



der Arzt selbst die richtigen Bewegungen vormacht und durch sein Beispiel mithilft. Reichlicher Zuspruch, ermunternd, anfeuernd, tröstend, auch wohl strammes militärisches Kommando, muß fortwährend die Übungen begleiten, bis der Kranke selbst sich wieder Herr seiner Glieder fühlt. Sobald er dies merkt, ist das Spiel gewonnen, und es ist geradezu verblüffend, zu sehen, wie der Mann, meist nach unglaublich kurzer Zeit, so völlig umgewandelt das Zimmer verläßt.

Es sind nicht geringe Anforderungen, die das Verfahren an den ausführenden Arzt stellt. Er hat bei der Anwendung nicht nur den Kranken unablässig unter seinem Einfluß zu halten und auf jede seiner Äußerungen und Regungen je nach seiner Eigenart entsprechend einzugehen, sondern er muß auch selbst körperlich mitarbeiten. Und die Hauptsache ist: er darf nicht nachgeben, bis der Erfolg da ist. Das ist recht anstrengend und angreifend, und während an leichteren Fällen schon zehn oder elf Behandlungen an einem Tage von einem Arzt ausgeführt werden konnten, so kann ein einziger schwerer Fall allein fast ein volles Tagewerk ausmachen.

Nach der Sitzung pflegt bei den meisten Kranken ein Glücksgefühl der Erleichterung und Befreiung einzutreten, zugleich aber vielfach auch eine Erschlaffung mit Gliederschmerzen und Schlaflosigkeit. Die Beschwerden halten oft noch tagelang an und bringen auch noch Anwandlungen der beseitigten Störung, besonders nach Aufregungen. Es ist daher noch eine beruhigende, kräftigende und übende Nachbehandlung notwendig, wozu alle Hilfsmitel der Heilstätte, besonders Bäder und Massage, herangezogen werden. Eine mehrwöchige Beurlaubung in die Heimat soll dann zur Eingewöhnung in die alte Umgebung und zur Wiederaufnahme der Berufsarbeit führen, der dann die endgültige Entlassung aus dem Heeresdienst folgt.

Über die Dauerhaftigkeit der Erfolge ist wegen der Kürze der Zeit ein endgültiges Urteil noch nicht möglich. Die bisher fertig abgeschlossenen Fälle, weit über 100, sind bis auf einige wenige ganz gesund geblieben und haben gelegentliche Anwandlungen von Zitterstörungen, die zu Hause aus irgendeinem Anlaß wohl noch vorgekommen sind, aus eigener Kraft überwinden können. Nach den allgemeinen aus Friedenszeiten bekannten Erfahrungen bei nervösen Einzelstörungen (Lähmungen, Anfällen) besteht auch kein Anlaß, daran zu zweifeln, daß die Leute wirklich geheilt sind. Rückfällig wurden nur solche, bei denen eine schon vorher bestehende krankhafte Anlage nachweisbar war, so bei Hysterischen und ehemaligen Unfallkranken. Auch bei ihnen gelang die Wiederheilung jedesmal ebenso glatt wie die erste Behandlung; freilich muß bei ihnen immer wieder mit der Rückfälligkeit gerechnet werden.

Sehr wesentlich ist, daß die Leute nach der Heilung ganz aus ihrem Militärverhältnis ausscheiden und geradewegs vom Lazarett in die Heimat zurückkehren. Wie aus Fachzeitschriften ersichtlich ist, wurde anderwärts vielfach der Versuch gemacht, die geheilten Zitterer wieder zur Truppe zu schicken; dies hat sich nicht bewährt, denn mit der Rückkehr in die alten Schädlichkeiten traten über kurz oder lang, manchmal schon sehr schnell die Zittererscheinungen wieder auf. Kann man daher die Leute auch nicht für den Heeresdienst wieder verwendbar machen, so ist doch gewiß schon genug erreicht, wenn sie in ihrem bürgerlichen Beruf wieder vollerwerbsfähig werden.

Bei den hiesigen Fällen konnte fast ausnahmslos die Entlassung mit weniger als 10% Erwerbsbeschränkung, also ohne Rente erfolgen, und das ist von größter Bedeutung für die Zukunft. Wenn der Mann auch nur eine geringe Rente bekommt, so besteht nach den bekannten Erfahrungen der Unfallheilkunde die größte Gefahr, daß nach dem Aufhören der mit den Kriegsverhältnissen zusammenhängenden Wünsche später die Begehrungsvorstellungen wirksam werden und die so üble Rentensucht hervorrufen, die das Befinden viel mehr schädigt, als je durch Geld ersetzt werden kann, und wenn erst die wirkliche „Rentenneurose" zur Ausbildung gelangt ist, dann ist alle ärztliche Kunst dagegen machtlos. Darin liegt daher der große Wert der neuen Heilbehandlung, daß sie gerade diejenigen Störungen beseitigt, welche die Erwerbsfähigkeit greifbar hemmen. Wenn dann auch, was oft der Fall ist, noch einige allgemeine Beschwerden leichterer Art zurückbleiben, so eine gewisse schnelle Ermüdbarkeit, Empfindlichkeit gegen Geräusche und Witterungswechsel, Gliederschmerzen und derartiges, so sind das Erscheinungen, die auch sonst überall vorkommen und mit der Zeit von selbst verschwinden werden. Von den geheilten Zitterern können und müssen sie ebensogut überwunden werden, wie von den gesunden Feldgrauen, die dereinst bei der Rückkehr aus dem Kriege zweifellos alle einige Mühe haben werden, sich an die vormalige Arbeit wieder zu gewöhnen.

Der wirtschaftliche Erfolg der Suggestivbehandlung, die Beseitigung der Erwerbsbehinderung und die daraus zu erwartende Ersparnis an Renten, macht sie ebenso für die Militärbehörde, wie für die Landesversicherungsanstalten besonders wichtig. Sie wird aber auch in Zukunft für die Träger der



Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung ihren Wert behalten, wenn der Krieg mit seinen Folgen vorüber sein wird, denn das Verfahren ist nicht bloß bei Heeresangehörigen wirksam, sondern nicht minder bei bürgerlichen Kranken. Diese kommen allerdings zurzeit nur in geringerer Zahl in Betracht. In der Heilstätte Roderbirken sind aber bereits einige derartige Fälle mit Erfolg in Behandlung gewesen, die ihr Zittern durch einen Unfall oder Schreck bekommen hatten.

Selbstverständlich kann mit der neuen Methode nicht alles und jedes Zittern geheilt werden. Ausgeschlossen sind von vornherein alle Zittererscheinungen, die auf einer organischen Nervenkrankheit oder auf chronischen Vergiftungen (Alkoholismus usw.) beruhen, ferner die in vorgerücktem Lebensalter auftretende Schüttellähmung (Paralysis agitans), sodann das Zittern der Neurastheniker und die nur anfallsweise auftretenden Zitter- und Angstzustände, wie auch die hysterischen Anfälle. Man muß sich eben immer vor Augen halten, daß die Behandlung auf seelischem Wege wirkt und daher nur das beseitigen kann, was auf seelischem Wege entstanden ist, einerlei ob durch eine plötzliche äußere Einwirkung oder durch den langsam wirkenden Einfluß von Schädlichkeiten und Gemütsbewegungen.

Wenn man nach diesem Gesichtspunkt die Kranken als geeignet erkannt hat, dann kann die Beseitigung ihrer nervösen Störungen mit einer bisher unglaublich erscheinenden Sicherheit und Schnelligkeit herbeigeführt werden. Man darf daher hoffen, daß die trübe Aussicht, nach dem Krieg an Stelle des früheren Drehorgelmanns mit dem Stelzfuß künftig den Zitterer mit Streichhölzern und Ansichtskarten in den Straßen betteln zu sehen, sich nicht verwirklichen wird. Vielmehr ist die Erwartung begründet, daß doch noch das erstrebte Ziel erreicht wird, an dem man sagen darf: „Es gibt keine Zitterer mehr!"

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

In der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, Sitzung vom 22. Januar 1915, demonstrierte Dr. Allers einen Fall von Gewehrschußverletzung des Schädels mit rechtsseitiger Fazialisparese, rechtsseitiger Hemiparese und rechtsseitiger Hemichorea und homonymer Hemianopsie. Der Einschuß befindet sich an der rechten Wange. Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Schwäche des rechten Armes unmittelbar nach erlittener Verletzung, zwei Tage rechtsseitige Hemiparese. Der Schuß verursachte eine Fraktur des rechten Processus alveolaris, Abreißung des rechten weichen Gaumens. Reaktionslose Heilung nach Entfernung eines Knochensplitters, neurologisch traten die oben angeführten Zustände ein. Die anatomische Rekonstruktion des Schußkanales sowie das Syndrom weisen auf ein Betroffensein der Schädelbasis an der Stelle, wo der Pedunculus cerebri liegt.

Professor E. Redlich erwähnt bei dieser Gelegenheit einen Fall, betreffend einen Soldaten, der einen Durchschuß durch den hinteren Teil des Schädels erlitten hat; er soll anfänglich blind gewesen sein, das Sehvermögen besserte sich dann allmählich. Jetzt besteht eine homonyme rechtsseitige untere Quadrantenhemianopsie. Nach der Richtung des Schußkanals ist anzunehmen, daß das Projektil die beiden Hinterhauptlappen verletzt oder nur in der linken Hemisphäre eine schwere Läsion gesetzt hat.

B. Klarfeld berichtet über homonyme Hemianopsie und konjugierte Blickablenkung als Dauersymptom nach Schädelschußverletzung (Wien. kl. Wochenschr. 1916 Nr. 17).

Einschuß über dem linken Ohr, Ausschuß in der rechten Hälfte der Okzipitalschuppe. Nach der Verletzung trat sofort Bewußtlosigkeit ein, die sechs Tage anhielt. Seither, d. i. seit sechs Monaten, folgendes im großen und ganzen invariables Bild:

Rechtsseitige homonyme Hemianopsie bei intaktem Pupillarreflex; hochgradige Beeinträchtigung des Visus der rechten Netzhauthälften. Konjugierte Blickablenkung nach links mit Lähmung der Augenbeweglichkeit nach allen anderen Richtungen. Spontaner, horizontalrotatorischer, feinschlägiger Nystagmus, der sich beim Versuch, die Augen zu bewegen, verstärkt. Klonische Zuckungen im Corrugator supercilii und Levator alae nasi beiderseits und im linken Orbicularis oculi. Alle anderen Hirnnerven intakt. Leichte Parese der linken Extremitäten, ohne Zeichen einer Gyrusläsion. Parästhesien in den linken Extremitäten, die besonders bei Senkung des Kopfes auftreten.



Keine objektiven Sensibilitätsstörungen. Leichte Ungeschicklichkeit der linken Hand bei Diadochokinese. Schwindelanfälle. Keine aphatischen Störungen, insbesondere keine optische Aphasie. Keine Apraxie, Ataxie oder Astereognosie. Keine Störung der Tiefenlokalisation.

Der Umstand, daß die konjugierte Blickablenkung ein Dauersymptom ist, spricht gegen die Lokalisation im Großhirn. Klarfeld nimmt zwei Läsionen an, die eine als Ursache der Hemianopsie, dies ist eine Läsion der linken Sehstrahlung, die andere als Ursache der konjugierten Blickablenkung. Die konjugierte Blickablenkung kann auch durch eine Brückenläsion entstehen, wenn bei einseitiger Blicklähmung die Antagonisten in einen Reizzustand geraten und die Bulbi in entgegengesetztem Sinne fixieren. In vorliegendem Falle müßte sich also eine Läsion der rechten Brücke in der Höhe des Abduzenskernes, die die Formatio reticularis und das hintere Längsbündel betreffen würde, vorfinden. Gleichzeitig müßte sich die linke Brücke in einem Reizzustand befinden, wofür die klonischen Zuckungen im Fazialisgebiet sprechen. Auch die Schwäche der linken Extremitäten sowie die darin auftretenden Parästhesien sprechen für einen Herd in der rechten Haubenregion: Beteiligung der Schleife und Fernwirkung auf die Pyramide. Nystagmus könne durch die Läsion des hinteren Längsbündels, beziehungsweise der darin verlaufenden Verbindungen des Vestibularkernes entstanden sein. Warum die Parästhesien besonders bei Senkung des Kopfes auftreten, sei schwer zu sagen. Die Schwindelanfälle und die leichte Adiadochokinese könnten durch das Betroffensein der in der Brücke verlaufenden Zerebellarbahnen erklärt werden. Unaufgeklärt bleibe die Beeinträchtigung der Sehkraft der rechten Netzhauthälften. Ob hier eine inkomplette Läsion der rechten Sehstrahlung vorliegt, sei schwer zu sagen. Was die Art der Läsion anbelangt, so dürfe es sich um Blutungen mit Zerstörung der Substanz handeln. Diskussion hierzu: Redlich, Karplus, v. Wagner, Poetzl.

Fr. Uhlmann (Basel) hat in sehr dankenswerter Weise Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Methode bei Granaterschütterung angestellt (Serologische Befunde bei Granaterschütterung; Münch. med. Wochenschrift 1916 Nr. 18.) Er kommt zu folgendem Ergebnis: Bei Granaterschütterungen lassen sich im Blute der Kranken verschiedene organspezifische Fermente nachweisen, welche zum Teil konstant sind, zum Teil je nach dem Krankheitsbilde zu wechseln scheinen. Aber dieser Wechsel betrifft stets die gleichen Organe. Ausnahmslos findet man Nebennieren abbauende Fermente und in vielen Fällen solche für Rückenmark, Hypophyse und Halsganglien. Hirnrinde wurde nie abgebaut, ebenso andere Organe. Es läßt sich also eine Dysfunktion des Markes, des Sympathikus und der Nebennieren nachweisen, Organe, die anatomisch und physiologisch in inniger Beziehung stehen. Neben dem Einfluß der körperlichen Schädigung muß auch dem psychischen (Schreck) eine Rolle bei der Entstehung der Symptome der Granaterschütterung und dem Auftreten der Fermentreaktion beigemessen werden, zumal feststeht, daß der Nervus splanchnicus die Funktion der Nebenniere regelt.

Über seltene Formen von hemianopischen Gesichtsfeldstörungen nach Schußverletzungen berichtet C. A. Hegner (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. LV, H. 5/6, ref. in Neurolog. Zentralbl. 1916 S. 443). Er beobachtete in drei Fällen hemianopische Gesichtsfelddefekte nach relativ geringfügigen Knochenverletzungen am Hinterhaupt, in zwei dieser Fälle kleine homogene Gesichtsfelddefekte der Makula infolge Drucks kleiner Knochensplitter, im dritten einen schmalen sektorförmigen homogenen Defekt im unteren linken Quadranten infolge eines subduralen Hämatoms. Durch die ersten beiden Fälle wird die genau umschriebene Lokalisation der Makula in der Hirnrinde, und zwar im hinteren Pole der Fissura kalkarina, bewiesen.

L. Pollmer (Die vordere Zentralwindung und die Körpersensibilität; Neurol. Zentralbl. 1916 S. 401) beschreibt drei Fälle von Schußverletzung des Gehirns, die folgendes gemeinsam hatten: 1. Herderscheinungen, wie sie Läsionen der vorderen Zentralwindung entsprechen und 2. vollkommenes und dauerndes Freibleiben von Sensibilitätsstörungen, auch hinsichtlich des Lokalisationsvermögens und des taktilen Wiedererkennens.

Er hält es für zweifellos, daß bei der Beobachtung analoger Fälle, wie der von ihm erwähnten, anfangs und vorübergehend irgendeine Gefühlsqualitätsstörung ev. festgestellt werden könnte, die zu falschen Schlußfolgerungen führen muß, wenn die Untersuchung nicht öfters wiederholt wird und die Beobachtung des Krankheitsverlaufs sich nicht auf längere Zeit erstreckt.

Er glaubt behaupten zu dürfen, daß die Annahme einer gemeinsamen sensomotorischen Zone durch Beobachtungen vorliegender Art zugunsten der Erkenntnis verdrängt wird, daß der vorderen Zentralwindung ein rein motorischer Charakter zukommt.

O. Sittig (Ein weiterer Beitrag zur Lehre von

der Lokalisation der sensiblen Rindenzentren; Neurol. Zentralbl. 1916 S. 408) beobachtete nach einem Kopfschuß in der linken vorderen Schläfengegend als dauernde Folge Gefühlsherabsetzung mit anfallsweise auftretenden Parästhesien, besonders am rechten Mundwinkel und am rechten Daumenendglied und Hypästhesie an den vier radialen Fingern, ganz leichte Hypästhesie am ganzen rechten Arm, Termanästhesie am Daumenendglied. Außerdem hatte im Beginne rechtsseitige Fazialislähmung und Schwäche des Faustschlusses, sowie Sprachstörung bestanden; diese Störungen hatten sich allmählich gebessert.

E. Redlich (Zur Topographie der Sensibilitätsstörungen am Rumpfe bei der zerebralen Hemianästhesie. Aus der Nervenheilanstalt „Maria-Theresien-Schlössel" in Wien. Neurol. Zentralbl. 1915 S. 850) beobachtete fünf Fälle von Schußverletzung des Gehirns mit zerebraler Hemianästhesie; in vier Fällen lag Tangentialschuß des Schädels vor mit ausgedehnter Verletzung des Knochens, hauptsächlich in der Scheitelgegend, wo sicherlich auch die Rinde in größerem Umfange affiziert war; bei einem Falle Durchschuß des Schädels; in einzelnen Fällen bestand Hemiplegie und Hemianästhesie, in anderen überwogen die Sensibilitätsstörungen weitaus über die motorische Lähmung.

In halbwegs frischen Fällen ist die Grenze der an- bzw. hypästhetischen Zone gegenüber der gesunden Körperhälfte im allgemeinen eine recht scharfe und entspricht nahezu vollständig der Mittellinie, jedoch lassen sich am Rumpfe sowohl wie am Kopfe (Gesicht und Rückseite des Kopfes) zwei oder mehrere Zonen nachweisen, in denen beinahe immer die Störung lateralwärts an Intensität zunimmt. Zunächst der Mittellinie, zwei, höchstens drei Finger breit, ist die taktile, ebenso auch die Schmerzempfindung nur wenig alteriert; die Grenze gegenüber der lateralen, stärker affizierten ist nur selten der Mittellinie parallel, häufiger ein lateralwärts konvexer Bogen, d. h. im Gesichte und am Nacken, sowie gegen die Leiste schmäler, entsprechend der mittleren Partie des Rumpfes, etwa in der Nabelgegend, breiter; sie kann aber auch einen komplizierten Verlauf nehmen. Vorder- und Rückseite des Rumpfes zeigen beim selben Kranken nicht immer ein gleiches Verhalten; auch für die einzelnen Tastqualitäten ist die Grenze eine verschiedene. Die medialste Partie des Gesichtes kann schon frei von Sensibilitätsstörungen sein, während das Gefühl am Rumpfe hier noch leicht gestört ist.

Der laterale, also weitaus größere Abschnitt des Rumpfes ist stärker betroffen, mitunter in gleichmäßiger Weise, wobei der Grad der Störung hier noch immer weniger intensiv ist als an den Extremitäten, speziell den distalen Abschnitten derselben. Oder — was häufiger — es lassen sich im lateralen Abschnitt noch zwei, selbst drei Zonen nachweisen. Die Grenzen der einzelnen, quantitativ abgestuften Bezirke, in Frühfällen meist relativ scharfe und bis zu einem gewissen Grade konstante, zeigen bei den verschiedenen Kranken Abweichungen, immerhin kommen einzelne Linien mit einer gewissen Vorliebe zum Vorschein, z. B. im Gesicht eine durch den lateralen Augenwinkel ziehende Linie, an der Vorderseite des Rumpfes eine der Mamillarlinie entsprechende oder nahe dieser verlaufende.

Die Sensibilitätsstörung in dem der Mittellinie benachbarten, schmalen Gebiet verliert sich im weiteren Verlauf wieder ganz. (v. Monakow verglich die mediale freie Partie am Rumpfe mit dem „überschüssigen Gesichtsfelde" bei der bilateralen homonymen Hemianopsie.)

Bei Gesunden ist die Sensibilität an den medialen und lateralen Rumpfpartien gleich scharf.

Die Sensibilitätsstörung am Rumpfe ist bei der zerebralen Hemianästhesie schwächer als die an den Extremitäten und kann sich im weiteren Verlauf auch wieder vollständig verlieren, während sie am Rumpfe de norma schon viel weniger ausgebildet ist als an den Extremitäten.

Bei Fällen von sensiblem Jackson bleibt nicht selten der Rumpf relativ frei.

Nach v. Monakows experimentellen Untersuchungen wird die Rumpfmuskulatur hauptsächlich von subkortikalen Hirnteilen innerviert.

Vielleicht gilt dies auch für die sensible Innervation des Rumpfes.

K. Mendel (Kriegsbeobachtungen; Neurolog. Zentralbl. 1916 Nr. 9) beschreibt einen Fall von motorischer Amusie.

Ein 22 jähriger, rechtshändiger Versicherungsbeamter, musikalisch begabt, guter Sänger, erleidet am 30. Oktober 1914 einen Schuß in der Gegend des rechten Scheitelbeines vorn; anfangs keine Beschwerden, keine Sprachstörungen, keine Kopfschmerzen, aber Unvermögen, eine Melodie richtig zu singen oder zu pfeifen. 2 ½ Monate nach der Verletzung plötzlich ein Jackson-epileptischer Anfall, in der linken Hand beginnend. Diese häuften sich und wurden auch durch eine derentwegen gemachte Trepanation nicht wesentlich beeinflußt; daneben fast dauernd Zuckungen in der linken Hand und Steifheit im Arm.

Objektiv: Geringe Hemiparesis sinistra, Nystagmus, Zungenbißnarben, Hypästhesie der linken Körperseite, Störungen der Stereognose und des



Lagegefühls in der linken Hand, Adiadochokinesis und leichte Ataxie daselbst. Verlust der Fähigkeit, Melodien richtig zu singen oder zu pfeifen bei erhaltenem Musikverständnis (also: motorische Amusie) und völlig normaler Sprache.

Der Fall gleicht einem von Mann in der Monatsschr. f. Psych. 1898, IV, veröffentlichten, bei dem die Sektion eine Zyste ergab, welche in der Hauptsache die zweite rechte Frontalwindung und außerdem ein kleines Stück der vorderen Zentralwindung, und zwar den unteren Teil ihres mittleren Drittels zerstörte.

Auf Grund dieser beiden völlig klar daliegenden Fälle ist anzunehmen, daß die musikalischen Ausdrucksfähigkeiten (motorische Musie) in der rechten zweiten Stirnhirnwindung lokalisiert sind [und dementsprechend wohl das Musikverständnis in der rechten 1. Schläfenwindung (konform dem Sprachverständnis)], und demnach motorische Amusie auf eine Läsion im rechten Stirnhirn deutet.

Dadurch erklärt sich vielleicht die Tatsache, daß so häufig bei motorisch Aphasischen das Melodiesingen mit Text gelingt, während das Sprechen noch fast völlig gestört ist.

Trömner (Neurol. Zentralbl. 1916 S. 134) demonstrierte zwei Fälle von kortikalen Sensibilitätsstörungen, welche für deren Lokalisation von Bedeutung sind.

1. Nach Infanterieschuß schräg durch die Stirnscheitelgegend vor 4 Monaten Aphasie und rechtsseitige Hemiparese, welche sich in einigen Wochen annähernd verlor, während Hypästhesie im rechten Ulnarisgebiet für alle Qualitäten inklusive Gelenkempfindung und mit Beschränkung ausschließlich auf das periphere Ulnarisgebiet der Hand, mit Aussparung der Fingerspitzen des 4. und 5. Fingers blieb. Die motorischen Erscheinungen sind auch im Ulnarisgebiet völlig zurückgegangen. — II. Nach Gewehrstreifschuß fast längs dem medianen Ende der Sutura coronaria rechtsseitige Hemiparese, anfangs mit psychogenen rechtsseitigen Gehörs-, Geschmacks- und Geruchsstörungen. Letztere und die Lähmung verloren sich bis auf geringe Reste. Es blieben Hypästhesien an folgenden Stellen: 1. Ein längsovales Feld über dem rechten Biceps (Gebiet des Cutan. brach. ant.), 2. ovales Feld im Gebiet des rechten Peroneus comm., 3. plattfußeinlageähnliches Feld am inneren Fußrand (Endausbreitung des Nerv. saphen.; die Hypästhesie betrifft nur Berührung, Schmerz und Kälte ohne Störung der Tastkreise und der Lokalisation, also reine Oberflächenhypästhesie.

Beide Fälle widersprechen nach Trömner der noch von einigen Autoren vertretenen Anschauung, daß die kortikalen Oberflächenanästhesien im allgemeinen senkrecht gegen die Grenzen der radikulären lokalisiert sind und stützen die Anschauung von peripheren bzw. radikulären Typen kortikaler Oberflächendysästhesien. In Fall I handelt es sich um eine kortikale Hypästhesie ohne begleitende motorische Störungen von rein peripherer bzw. radikulärer Ausbreitung; bei Fall II um eine indirekte, und zwar multiple Schädigung der hinteren oder vorderen Zentralwindung.

F. Kleeblatt (Medizin. Klinik 1915 Nr. 33) faßt seine Beobachtungen in einem Falle von Diabetes insipidus nach Schädelverletzung wie folgt zusammen:

1. Bei einem bis dahin völlig gesunden jungen Menschen tritt nach einer schweren Schädelverletzung eine starke Polyurie und Polydipsie ein, die als Ausdruck eines echten zentralen Diabetes insipidus aufgefaßt werden.

2. Die osmotische Gesamtleistungsfähigkeit der Nieren dieses Pat. ist hochgradig herabgesetzt; auch im Durstversuch und bei starker Kochsalzbelastung ist die Erhöhung des spezifischen Gewichtes nicht zu erreichen, jedoch ist die Fähigkeit, Kochsalz und Phosphate in höherer Konzentration auszuscheiden, in gewissem Umfang erhalten.

3. Nach Anwendung von Hypophysenpräparaten läßt sich auch die Gesamtkonzentrationskraft vorübergehend erhöhen. Dagegen findet keine Einwirkung auf das Allgemeinbefinden statt.

4. Die Blutkonzentration des Pat. ergibt für Hämoglobin und Erythrozytenzahlen normale Werte, für die Serumeiweißrefraktion Werte an der oberen Grenze des Normalen.

5. Bei Kochsalzzufuhr tritt eine vorübergehende Blutverdünnung ein, während bei negativer Kochsalzbildung eine Eindickung stattfindet. Das Körpergewicht steigt bei Kochsalzzulage an. Das zugeführte Kochsalz wird in 48 Stunden vollständig ausgeschieden.

6. Im Durstversuch übersteigt die Flüssigkeitsausfuhr erheblich die Einfuhr. Dabei tritt eine starke Blutverdickung ein.

Kramer (Neurol. Zentralbl. 1915 S. 78) beobachtete nach Schußverletzung des Stirnhirns ein akinetisches Symptombild. Nach dem Kopfschuß nur kurze Zeit Bewußtlosigkeit, dann Kopfschmerzen. Ein- und Ausschußöffnungen an der linken unbehaarten Schläfe in dem oberen Teil bzw. an der rechten behaarten Schläfe dicht über dem Ohransatz. Das Geschoß hatte das Stirnhirn schräg durchbohrt, links mehr den vorderen, rechts den hinteren Teil. Auf dem Röntgenbilde fand sich von jedem Loch noch ein Sprung, nach vorn und hinten



sich ausbreitend. Leichte linksseitige Parese der Mundfazialis, sehr starke Herabsetzung der motorischen Spontanität. „Der Kranke lag fast regungslos im Bett, ohne spontan zu sprechen, oder sich zu bewegen, ließ Stuhl und Urin unter sich. Im Gegensatz hierzu gab er auf Befragen ziemlich prompt Auskunft, führte alle von ihm verlangten Bewegungen schnell und ohne Schwierigkeiten aus, so. z. B. bei der Apraxieprüfung, die keine Abweichungen von der Norm ergab. Es bestand kein Gedächtnisausfall, die Orientierung war immer erhalten. Die genauere Prüfung ließ geringe Merkdefekte und leichte Kombinationsstörungen erkennen. Der Zustand hat sich allmählich gebessert und ist jetzt fast ganz zur Norm zurückgekehrt."

W. Uhthoff, Breslau, veröffentlicht sehr interessante Beiträge zu den hemianopischen Gesichtsfeldstörungen nach Schädelschüssen, besonders solchen im Bereich des Hinterhauptes (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1915, Juli/August), nämlich:

1. Doppelseitige homonyme Hemianopsie infolge von Querschuß durch das Hinterhaupt mit Verletzung beider Okzipitallappen.

2. Doppelseitige homonyme partielle Hemianopsie nach Querschuß durch das Hinterhaupt.

3. Doppelseitige partielle Hemianopsie nach unten nach Hinterhauptsschuß.

4. Rechtsseitige hemianopische Störung mit totaler Achromasie nach Querschuß durch das Hinterhaupt.

5. Linksseitige partielle homonyme Hemianopsie durch Schrapnellkugel auf der rechten Scheitelhöhe (Steckschuß, Kugel im Gehirn).

6. Rechtsseitige homonyme Hemianopsie nach linksseitiger Hinterhauptsverletzung durch Granatsplitter.

7. Linksseitige homonyme Hemianopsie nach Kopfschuß in der Richtung von vorn nach hinten auf der rechten Seite.

8. Linksseitige relative homonyme Farbenhemianopsie mit Aussparung der Makula nach Gewehrschuß in der rechten Hinterhauptgegend.

In den epikritischen Bemerkungen wird von Uhthoff folgendes ausgeführt: Die hemianopischen Störungen nach Schädelschüssen (besonders Hinterhauptsschüssen), bieten mancherlei Besonderheiten gegenüber den Hemianopsien nach thrombotischen Hirnerweichungen und Blutungen.

1. Die Zahl der doppelseitigen hemianopischen Störungen ist erheblich; nach den Zusammenstellungen von Lenz verhält sich bei Erweichungen des Gehirns (thrombotischer Natur) die doppelseitige Hemianopsie zur einseitigen wie 1 : 3,5 und bei Hirnblutungen wie 1 : 5. Sie waren durchweg durch Querschüsse durch das Hinterhaupt bedingt. Lähmungserscheinungen des Körpers waren nicht vorhanden.

Hemianopsia inferior (zwei Fälle, II und III) hat Uhthoff auf dem Gebiete der thrombotischen Hirnerweichung und der Hirnblutung nie gesehen, auch Tatsuji Inouye (über „Die Sehstörungen bei Schußverletzungen der kortikalen Sehsphäre" nach Beobachtungen aus dem Japanisch-Russischen Kriege", 1909, W. Engelmann) hat derartige Fälle verzeichnet, während Hemianopsia inferior fast gar nicht vertreten ist. In den beiden Fällen war vermutlich die den oberen Netzhautteilen und somit den untern Gesichtsfeldpartien entsprechende obere Lippe der Fissura calcarina verletzt.

2. Zwei Fälle (V und VI) von homonymer Hemianopsie zeigten ebenfalls restierende kleine Gesichtsfeldreste in den blinden Hälften an der vertikalen Trennungslinie, einmal nach oben und einmal nach unten vom Fixierpunkt, wie sie der Hemianopsie bei Hirnerweichung und Blutung nicht zukommen, aber bei dem vom Zufall abhängigen Weg des Geschosses und der dadurch bedingten Läsion der Sehsphäre und der Sehstrahlung ohne weiteres verständlich werden.

3. Gelegentlich wurde gewisse Asymmetrie in der Intensität der Funktionsstörung im Bereich der hemianopisch erkrankten Gesichtsfeldpartien konstatiert, während die Ausdehnung der erkrankten Partien immer streng symmetrisch war, was auf Ermüdung bei längerer Dauer der genauen Gesichtsfeldprüfung bezogen wird.

4. Bei den doppelseitigen partiellen Hemianopsien fand sich auch eine leichte periphere konzentrische Einengung der erhaltenen Gesichtsfeldpartien in Fall I, II, III, VIII, die zum Teil nur als funktionell angesehen wird, zumal sie gelegentlich im Verlaufe der weiteren Beobachtung verschwand.

5. Die zentrale Sehschärfe war auch bei den doppelseitigen Hemianopsien zum Teil gut erhalten bis auf Fall I und IV, wo sie sich stark beeinträchtigt zeigte, in Fall I jedoch später erheblich besserte, Fall IV ging bald nach der Untersuchung an Typhus zugrunde. Bei den Hinterhauptsschüssen bestand häufig gleich nach der Verletzung 7 ½ Stunde bis zu 4 Wochen Erblindung resp. hochgradige Beeinträchtigung des Sehvermögens, die sich später wieder besserte. Dauernde völlige Erblindung infolge eines Hinterhauptsschusses hat Uhthoff in seinen Fällen nicht gesehen.

6. Die Restitutionsfähigkeit der Seh- und Gesichtsfeldstörungen war durchweg eine erhebliche, in einem Falle eine fast völlige.



7. Der ophthalmoskopische Befund war in der Hälfte der Fälle negativ, wurde aber zum Teil später pathologisch (Neuritis optica resp. Stauungspapille) und deutete auf intrakranielle Komplikationen (in zwei Fällen Abszeß mit tödlichem Ausgang).

8. Eine totale Achromasie bei allerdings auch stark beeinträchtigter Sehschärfe hat Uhthoff einmal (Fall IV) bei einem Querschuß durch das Hinterhaupt gesehen.

9. Augenmuskellähmungen hat er in seinen Fällen nicht gesehen.

10. Die optischen Erinnerungsbilder sowie der Orientierungssinn, soweit er nicht durch die Gesichtsfelddefekte beeinträchtigt war, waren bei seinen Kranken durchweg bis auf Fall I gut erhalten. In Fall V gab Pat. an, daß er sich in der ersten Zeit seines Lazarettaufenthaltes habe an den ganzen Feldzug nicht erinnern können, nur an Einzelheiten, später habe es ihm geschienen, als ob Ereignisse, die wirklich schon 10 Jahre zurücklagen, erst vor einigen Tagen passiert seien.

Nachträglich beobachtete Uhthoff noch einen Fall von doppelseitiger partieller Hemianopsie bei Querschuß durch den hintersten untern Teil des Hinterhauptes.

Hauptsächlich betroffen waren auch hier die beiderseitigen unteren Gesichtsfeldhälften, in den homonymen linken Hälften, jedoch ging der Defekt auch über die Horizontale in die linken oberen Quadranten über,

Nach dem relativ oberflächlichen Verlauf des Schußkanals war hier mit Sicherheit eine doppelseitige Läsion des Sehzentrums und auf der rechten Seite auch eine Verletzung der untern Lippe der Fissura calcarina anzunehmen, während links nur die obere Lippe getroffen ist.

Es traten erschreckende Gesichtshalluzinationen bei geschlossenen Augen auf, die als kortikale Reizerscheinungen der Hinterhauptslappen aufgefaßt werden.

Auch hier bestand anfangs kurze Zeit fast völlige Amaurose als Ausdruck vorübergehender Schädigung der nicht direkt zerstörten Teile der Sehzentren.

Th. Axenfeld, Freiburg i. Br. (Hemianopische Gesichtsfeldstörungen nach Schädelschüssen; Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1915, Juli/Aug.) beschreibt an die Ausführungen von Uhthoff anschließend weitere acht Fälle von Hemianopsien durch Schußverletzungen, nämlich:

1. Doppelseitige Hemianopsie (H. inferior) nach Tangentialschuß rechts am Hinterhaupt.

2. Doppelseitige (asymmetrische) Hemianopsie nach Hinterhauptquerschuß.

3. Doppelseitige Hemianopsie durch Granatsplitter-Tangentialschuß.

4. Doppelseitige partielle Hemianopsie (hemianopisch-doppelseitiges Skotom) nach Granatsplitterverletzung (Streifschuß) des Hinterhaupts.

5. Teilweise rechtsseitige Hemianopsie nach Steckschuß im linken Scheitel-Hinterhauptlappen.

6. Rechtsseitige Farbenhemianopsie durch Tangentialschuß links am Hinterkopf.

7. Rechtsseitige homonyme Hemianopsie durch Granatsplitter-Steckschuß in der linken Capsula interna.

8. Rechtsseitige Quadrantenhemianopsie (obere) durch Steckschuß im linken Hinterhauptslappen.

Röntgenaufnahme ergab Infanteriegeschoß auf dem Kleinhirnzelt aufliegend. Die Kugel schien dort reizlos zu liegen.

Die größere Läsion schien den Stabkranz betroffen zu haben. Es bestand auch Hemiplegie.

Dieser Mann bestritt, getroffen worden zu sein, es bestand in dieser Hinsicht ein völliger Gedächtnismangel; um die Zeit der Untersuchung (nach etwa 3 Wochen) war auch von einer Eintrittswunde bei genauester Untersuchung nichts mehr zu finden; erst die wegen der zerebralen Symptome vorgenommene Röntgenuntersuchung ergab Verwundung durch Infanteriegeschoß.

Die Lage des Geschosses konnte jedoch die linksseitige Okulomotoriuslähmung, sowie die linksseitige Sehnervenatrophie nicht erklären.

Vielleicht ist das Geschoß vorn in der Gegend der Orbita, vielleicht am inneren Augenwinkel, eingetreten und hat auf seinem Weg den Okulomotorius, Optikus und Fazialis beschädigt, oder diese Erscheinungen sind Folge einer zweiten Verletzung, als welche der Sturz und eine Basisfraktur in Betracht kommen konnte.

Kontusionsfolgen waren in dem andern Auge in Gestalt einer umschriebenen Aderhautruptur vorhanden.

An die Möglichkeit solcher mehrfachen Einwirkungen muß man überhaupt bei manchen Schädelverletzten denken und insbesondere die Verbindung von Kontusionen mit direkten Verletzungen nicht vergessen. Axenfeld hat z. B. mehrfach einseitige Optikusatrophien gesehen, die aus dem in ganz anderem Bereich gelegenen Schädeldurchschuß sich nicht erklärten, sondern eine besondere Fissur des Canalis opticus nahelegten.

Die 4 Fälle doppelseitiger Hemianopsie waren wie die Fälle von Uhthoff und Inouye nicht mit sonstigen Lähmungserscheinungen des Körpers



verbunden, isolierte Verletzungen der Sehzentren durch Tangential- oder Querschuß des Hinterhaupts.

In dem Fall von doppelseitiger „Hemianopsia inferior" (Fall I), bei dem sich der Ausfall ausschließlich auf die untere Hälfte beschränkte, und zwar für Farben bis fast an die horizontale Trennungslinie, handelte es sich nur um eine tangentiale Hautwunde, keine perforierende Knochenverletzung. Wahrscheinlich sind beide Sehzentren durch Splitterung und Blutung geschädigt worden; das Eindringen eines oder mehrerer Knochensplitter ist trotz negativen Röntgenbefundes nicht ausgeschlossen.

Gesichtsfeldasymmetrien deutet Axenfeld wie Uhthoff als Ermüdungserscheinungen. Andererseits kam bei hemianopischem (doppelseitigem) Skotom echte Asymmetrie vor.

Die anfänglich oft vollständige Erblindung ist auch in Axenfelds Fällen immer wieder geschwunden; doch blieb in einigen Fällen Blindheit im Sinne optischer Erwerbsunfähigkeit zurück (z. B. exzentrisches Sehen oder anopisches Skotom).

Das Trauma an sich, die Wirkung der zerfallenen Hirnmasse und der Hämorrhagie scheint ohne Hirnabszeß zur Erzeugung einer Neuritis optica auszureichen. Nach A. von Szily (Zu den Veränderungen des Augenhintergrundes bei Schädelwunden; Deutsch. med. Wochenschr. 1915 S. 1008) tritt bei Schädelschüssen überhaupt sehr oft frühzeitig Neuritis optica ein.

In Fall III wurden Halluzinationen, freilich nicht schreckhafter Art, in der defekten Gesichtsfeldhälfte angegeben, was dafür spricht, daß bei Verletzungen in unmittelbarer Nähe der Rinde die Ausfallserscheinung nicht ohne weiteres rein kortikal oder der betreffende Rindenteil nicht völlig zerstört ist. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Daß die **österreichische Entmündigungsordnung** gegen den lebhaften Widerstand der Landesverwaltungen und der Anstaltsärzte Gesetzeskraft erlangt hat, ist bekannt. Eine österreichische Landesbehörde teilt in Ergänzung dieser Verordnung einer österreichischen Landesanstalt den Erlaß des Ministeriums mit, „nach welchem die Landesanstalten verpflichtet sind, zweifelhafte Fälle zur Beobachtung aufzunehmen, wenn dies von einem Bezirksgericht verlangt wird, und zwar auch dann, wenn kein amtsärztliches Zeugnis zur Aufnahme beigebracht werden kann". Die Anstaltsärzte haben sich nicht gegen die Aufnahme zur Beobachtung von zweifelhaften Fällen an sich gestellt, sondern nur gegen diese gerichtlichen Beobachtungen aus den bekannten Erfahrungen, welche mit denselben gemacht zu werden pflegen. In diesen Fällen wird nämlich die Arbeit der Beobachtung den Anstaltsärzten, die Vertrauenswürdigkeit zur Begutachtung aber den Gerichtsärzten übertragen. Die Anstaltsärzte werden somit ex officio von der wirklichen und endgültigen Begutachtung ausgeschlossen, außerdem aber haben die Anstaltsärzte die Verpflichtung, ihre Beobachtungen und Krankengeschichten den Gerichten zur Verfügung zu stellen und sich als Zeugen einvernehmen zu lassen. Eine der Landesbehörden hat dies einer Landesanstalt unter dem Kennwort mitgeteilt: Erlaß des Ministeriums betreffend § 34 Entwürdigungsverordnung. Man wird unwillkürlich versucht, über diesen Lapsus calami, der dem Schreibfräulein unterlaufen ist, recht ernst nachzusinnen.

Referate.

— **Über Spättetanus.** Von H. Kaposi. Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 8.

Im Hinblick auf die in der letzten Zeit häufigeren Publikationen über Tetanusfälle mit ungewöhnlich langer Latenzzeit (so Doberer, Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 1: 128 Tage Inkubationszeit; nach Abklingen des mit Antitoxin behandelten Tetanus wegen zurückgebliebener Geschoßteilchen Operation; im Anschluß daran Tetanusrezidiv; bakteriologische und biologische Untersuchung der Geschoßsplitter ergab virulente Tetanusbazillen; dann Strater: Operation einer Bauchhernie nach Bauchschuß nach einem Jahre, daran anschließend Tetanus) erinnert Kaposi daran, daß er bei einem jungen Mann, der einen Steckschuß in der Lebergegend hatte, 4 ½ Jahr nach der Verletzung das intraperitoneal in starkes Bindegewebe eingekapselte Geschoß entfernte, worauf sich wenige Tage nachher ein tödlich verlaufender Tetanus anschloß (Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie). Daraus folgert Kaposi mit Doberer, daß man vor Extraktion von Geschossen, die lange Zeit im Körper ruhten, durch prophylaktische Antitoxineinspritzung die Gefahr des Tetanus zu verringern verpflichtet ist. (Es kommt noch der Fall von R. Porges, Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 10, hinzu: 156 Tage Inkubation. Vgl. auch Gerwiener, Psych.-neurolog. Wochenschr. 1916/17 S. 352, Ref.) Bresler.

Buchbesprechungen.

— von Hovorka-Gugging bei Wien, Dr. O.: Geist der Medizin. Analytische Studien über die Grundideen der Vormedizin, Urmedizin, Volksmedizin, Zaubermedizin, Berufsmedizin. 364 S. Wien und Leipzig 1915. W. Braumüller. 6,00 M.

Ein ungemein reichhaltiges Buch! Ein interessanter Blick auf alle die unglaublichen Mittel und Wege, wie

der Mensch sich von Krankheiten zu befreien und vor ihnen zu schützen versucht hat. Die Trepanation in der Urzeit wird eingehend behandelt; desgleichen die Behandlung im Zusammenhang mit abergläubischen und religiösen Motiven, der Phalluskult (Hermen) usw. Hier und da wird auf sprachliche Zusammenhänge mit der Gegenwart aufmerksam gemacht; so kommt faszinieren von dem Namen der etrurischen Stadt Fescennia, in der die dem Gott der Fruchtbarkeit, Priapus, gewidmeten Phallusfeste gefeiert wurden.

Das Buch kann sehr zur Lektüre empfohlen werden.

B.

Therapeutisches.

— **Dyspepsia spastica.** Von Dr. Teuscher. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. Dritte Sitzung vom 23. Oktober 1915. Münch. med. Wochenschrift 1916 Nr. 10.

Unter der Bezeichnung Dyspesia spastica faßt Vortragender eine Reihe häufig gemeinsam auftretender nervöser Krankheitserscheinungen zusammen, die vom Magen und Darm ausgehen und durch spastische Vorgänge daselbst verursacht werden. In einer Reihe von Fällen stehen die dyspeptischen Erscheinungen (Übelkeit und Druck in der Magengegend, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Erbrechen, Schmerzanfälle) im



Vordergrunde, während in anderen mehr über allgemein nervöse Zustände geklagt wird (Angstgefühl, Herzklopfen, Druck auf der Brust, Stechen in der Herzgegend, Unfähigkeit durchatmen zu können usw.). Bei letzteren ermöglicht erst die Feststellung von Spasmen an der Magen- und Darmmuskulatur die Diagnose. Ein häufiger Befund ist in vielen Fällen der Hochstand des Magens.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert der Stuhl; er kann wie bei spastischer Obstipation bleistift- oder bandartig dünn ausgezogen sein oder unter Anstrengungen in mehreren Portionen erfolgen, von denen die eine oder andere anscheinend diarrhoisch und explosionsartig abgeht, oder auch in einzelnen Häufchen entleert werden, die aus einzelnen Partikeln bestehen und der Form nach einem Häufchen Mehlwürmer ähneln usw.

Allen an spastischer Dyspepsie Leidenden gemeinsam ist eine große psychische Erregbarkeit und Ängstlichkeit, die oft zu dem vorliegenden Befunde in gar keinem Verhältnis steht. Sie machen sich meist über ihren Zustand die schwersten Befürchtungen und stellen mehr oder weniger schwere Neurastheniker hypochondrischen Charakters dar. Die Anamnese ergibt stets Überanstrengung, Kummer, Sorgen häuslicher oder geschäftlicher Art usw.

Diesem Krankheitscharakter entsprechend hat die Behandlung in erster Linie eine psychische zu sein; die eben genannten Krankheitsursachen müssen, wenn möglich, beseitigt und wo das nicht geht, das Selbstvertrauen der Patienten gehoben, ihre Widerstandsfähigkeit gegen die Schädlichkeiten gestärkt werden. Weiter wird in der Behandlung wenigstens anfangs eine gewisse Diät nicht entbehrt werden können, doch ist anzustreben, bald eine möglichst gemischte Kost zu reichen, da die Kranken häufig abgemagert und blutarm sind. Kalte Speisen werden meist sehr schlecht vertragen. Dementsprechend wird lokale Wärme (warme Umschläge, Dampfkompressen) sehr wohltuend empfunden. Eine wesentliche Hilfe in der Behandlung leistet das Atropin, durch das die Schmerzen oft in geradezu verblüffender Weise plötzlich verschwinden und die Unruhe im Abdomen wegbleibt. Dadurch werden die Kranken auch psychisch beruhigt. Das Mittel wurde in Pillen zu ½ mg mehrmals täglich bis zu 2—4 mg gereicht. Außer gelegentlicher Trockenheit im Munde wurden auch bei

wochen- und monatelangem Gebrauche keine unangenehmen Nebenwirkungen beobachtet.

Dr. F. Hoelemann bestätigt die außerordentlich günstige Wirkung des Atropins in Gestalt des Eumydrins bei Enteritis membranacea. B.

Personalnachrichten.

— **Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt** in Holst. Victor Kristel, bisher in Schömberg bei Wildbad in Württemberg, ist am 3. November 1917 als Hilfsarzt eingetreten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Anton** in Halle a.-S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.







Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt für Gemüts- u. Nervenkranke

Bendorf bei Coblenz

Villenbauten, Zentralheizung, elektr. Licht, Beschäftigung der Kranken in Werkstätten und in der Gärtnerei mit Gemüsebau, Obstkultur, Treibhäusern, Tennisplatz. 14 Morgen großer Park.

Chefarzt: Geheimrat Dr. Erlenmeyer. **1 bis 2 Hilfsärzte.**

Prospekte durch die Verwaltung.

WOLTORF (Braunschweig)

Privat-Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Fernsprecher Amt Peine 288.

Schöne ruhige Lage in waldreicher Umgebung. Großer Park. Elektrisches Licht. Zentralheizung. Zwei Verpflegsklassen. Aufnahme von Pensionären.

Leitender Arzt **Dr. Alber.**

Dr. Hertz'sche Privat-Heil- u. Pflege-Anstalt in Bonn

Nervenheilanstalt mit 2 getrennten Abteilungen

1. Offene Abteilung für Nervenkranke
2. Geschlossene Abteilung für Psychosen aller Art

Nahe bei der Stadt in ruhiger Lage — Prospekte auf Verlangen

Sanitätsrat Dr. **Wilhelmy.** — Privatdozent Dr. **König.**

Sanatorium „Parkhof" Rinteln a. W.

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Zwei durch die Straße getrennte Häuser für leichte und schwere Kranke; große geschützte Parks und Gärten, elektr. Licht, Zentralheizung, Badehaus mit elektr. Licht- und Bestrahlungsbädern. Liegehalle, Wintergarten etc.

Auskunft und Prospekt durch die Besitzer und Ärzte.

Telephon 74. — **Dr. H. Lehne und Dr. Ad. Hoppe.**

Dietenmühle Wiesbaden

Sanatorium für Nerven- und Innere Kranke

Ärztliche Leitung: **Dr. Friedrich Mörchen**

Erhöhte Lage im Kurpark ═══ 10 Minuten vom Kurhaus

Das ganze Jahr besucht.

Es liegt im Interesse eines jeden praktischen Arztes und Spezialarztes, sich gratis und franko das

Verlagsverzeichnis

von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. kommen zu lassen.

Soeben erschien:

Ausgeführte und geplante
Krieger-Heimstätten
Mit Ratschlägen aus der Praxis, 180 Abbildungen und Plänen

Von
Johannes u. Robert Koppe
Architekten-Leipzig
Carl Marhold Verlag Halle a. S. 1917

Preis in farbigem Umschlag steif geheftet **M. 3,60**

Damit liegt das erste aus der Praxis des Krieger-Heimstättenbaues entstandene Buch vor, das unter Vorführung eines reichen Bildermaterials an Plänen, Grund- und Aufrissen, Außen- und Innenansichten, Details, wie Brunnen, Oefen, Möbeln usw. eine erschöpfende Anleitung für den Auf- und Ausbau einzelner Heimstätten wie ganzer Siedelungen darbietet.

Die aus Verhandlungen mit hunderten von Siedlern und aus der Tätigkeit für mehrere Krieger-Siedelungen gewonnenen Erfahrungen werden hier in gemeinverständlicher Darstellung der Allgemeinheit nutzbar gemacht. Alle inbetracht kommenden Fragen sind in diesem Handbuche des Kriegerheimstättenbaues behandelt: Beschaffenheit und Aufteilung des Geländes, Anlage von Straßen und Wegen, Größe, Einteilung, Nutzung und Rentabilität der Scholle, persönliche und finanzielle Vorbedingungen, allgemeine Grundsätze für Anlage und Ausbau von Wohnhaus, Wirtschafts- und Stallgebäude, Heimstätten-Grundformen, bes. Erfordernisse und Einteilung, Wasserversorgung und Brunnen, Umzäunung, innere Einrichtung, Feuerungsanlagen, Bauausführung und Baukosten.

Das schöne, praktische und dabei billige Buch ist zu beziehen durch jede Buchhandlung oder den Verlag

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung,

Halle a. S., Mühlweg 26.

Neunzehnter Jahrgang. Nr. 37/38. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. Bleuler, Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. Kreuser, Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. Sommer, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing bei München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Elektromedizinische Apparate

Induktions-Apparate in bewährten Ausführungen
mit einem Trockenelement . . . Mark 18,—, 22,—
„ zwei Trockenelementen . . . „ 25,—, 33,—
„ Chromsäure-Element . . . . „ 23,—, 33,—

Galvanische Batterien von Mark 30 an.

Handstrahler n/Minin mit blauer, roter oder weißer Lampe Mark 33,—.

Elektrische Wärmekompressen zum direkten Anschluß an die Starkstromleitung von Mark 16 an.

Elektrische Vibrationsmassage-Apparate, Heißluftduschen usw

Medicinisches Warenhaus (Actien-Gesellschaft)

Berlin NW. 6, Karlstraße 31.

Fruchtsäfte, Limonaden-Sirupe und -Essenzen

erzeugen in bekannt hervorragender Güte

J. Steigerwald & Comp., Heilbronn a. N.

Spezialfabrik mit Dampf- und elektrischem Betrieb. Zweigniederlassung: Karlsruhe (Baden)
Geschäftsgründung 1869.

Lieferanten vieler Behörden. ═══ Man verlange Proben. ═══ Glänzende Anerkennungen.



Compretten u. Amphiolen

Gebrauchsfertige Arzneiformen deutscher Herstellung

Scopolamin-Präparate

Zur Injektionstherapie der Erregungszustände, zur Einleitung von Narkosen, sowie für kombinierte Narkose (Scopolamin-Morphin-Dämmerschlaf)

Gebrauchsfertige Lösung

Amphiolen „MBK"

Scopolamin. hydrobromic.

0,0003	0,0005
Schachtel zu 5 St. M 1,60	Schachtel zu 5 St. M 1,60
Schachtel zu 10 St. M 2,—	Schachtel zu 10 St. M 2,—

Zum Auflösen in der Spritze

Compretten „MBK" (subkut.)

Scopolamin. hydrobromic.
0,0003 und 0,0005

Hyoscinum compositum

Rp. Hyoscin. hydrobromic. 0,0005, Morphin. hydrochloric. 0,015, Atropin. sulfuric. 0,0004.

Ueber „MBK"-Präparate

steht ausführliche Broschüre mit Angabe der Anwendungen, Dosierungen und Preise zur Verfügung. Die Präparate sind als bequeme und billige Arzneiverordnungen auch bei einer grösseren Anzahl Krankenkassenverbänden zugelassen

E. MERCK, DARMSTADT
C. F. BOEHRINGER & SOEHNE, MANNHEIM-WALDHOF
KNOLL & CO., LUDWIGSHAFEN a. Rh.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 37/38. 8. Dezember **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Der Röntgenapparat in den Heil- und Pflegeanstalten.

Von Anstaltsarzt Dr. **A. Sighart,** Günzburg a. D.

Der Röntgenapparat ist längst zu einem unentbehrlichen diagnostischen und wichtigen therapeutischen Hilfsmittel in Klinik und Praxis geworden. In zahlreichen chirurgischen und internen Erkrankungsfällen klärt oder sichert er erst die Diagnose. Es ist deshalb bei der Häufigkeit von Lungenerkrankungen und Verletzungen am Knochensystem, wie sie bei den Patienten der Heil- und Pflegeanstalten an der Tagesordnung sind, auffallend, daß die Zahl der Röntgenapparate an diesen Anstalten bisher eine so geringe ist. So besitzt unseres Wissens unter den bayrischen Anstalten, von Abteilungen, die militärischen Zwecken dienen, abgesehen, nur die neue schwäbische Heil- und Pflegeanstalt Günzburg eine Röntgeneinrichtung. Und doch sind die Vorteile einer solchen sehr bedeutend bei den Schwierigkeiten einer körperlichen Untersuchung bei manchen Geisteskranken. Von den inneren Erkrankungen ist es vor allem die Tuberkulose, das alte Anstaltsübel, bei welchem das Röntgenbild in seine Rechte tritt. Zur frühzeitigen und sicheren Erkennung der Lungenveränderungen leistet es hier wertvolle Dienste. Noch immer ist es ja die Tuberkulose, welche in manchen Jahren bis zu einem Viertel der Todesfälle in Anstalten für sich beansprucht, und bei dieser überaus häufigen Erkrankung vermag das Röntgenbild die Vorsorge für die notwendigen hygienischen Maßnahmen, die Behandlung und Beurteilung des Verlaufes entscheidend zu beeinflussen. Denn die Feststellung von pathologischen Veränderungen der Lunge mit den gewöhnlichen Hilfsmitteln am Krankenbett, mit Perkussion und Auskultation gibt in nicht wenigen Fällen ein unvollkommenes Bild. Einerseits sind von verwirrten, gehemmten, stuporösen Kranken keine Angaben über ihr subjektives Befinden zu erhalten, andererseits wird ärztlichen Maßnahmen bei der Untersuchung widerstrebt, Aufforderungen werden von einsichtslosen Patienten nicht befolgt oder Haltungsmanieren, Bewegungsstereotypien, oberflächliche Atmung hindern die genaue Aufnahme eines körperlichen Befundes. Dazu kommt, daß viele Kranke die Gewohnheit haben, ihr Sputum zu verschlucken, und aus diesem Grunde eine mikroskopische Untersuchung nicht angestellt werden kann. Die Vornahme einer Durchleuchtung erfordert allerdings gewisse Vorsichtsmaßregeln. Der Kranke muß vor dem hochgespannten Strom im sekundären Stromkreis behütet werden und das in Kriegszeiten doppelt kostbare Material des Apparates ist vor Beschädigung zu bewahren. Der ungewohnte Vorgang, die Verdunkelung des Zimmers, die Stromgeräusche wirken auf ängstliche und unruhige Patienten verwirrend und machen geübte helfende Hände erforderlich. Die Aufnahmszeiten sind natürlich möglichst kurz zu bemessen. Besonders Blitzaufnahmen bewähren sich bei motorischer Unruhe. Was für die Untersuchung der Lunge gilt, trifft auch für die Herzuntersuchung zu. Das Röntgenbild vermag auch hier unklare klinische Befunde zu ergänzen, gestattet, Herzveränderungen bei chronisch erregten Kranken zu beobachten, kann unter Umständen durch Aufdeckung von Aneurysmen, Arteriosklerose der Gefäße u. a. das Gesamtkrankheitsbild vervollständigen. Schwieriger gestaltet sich meist eine röntgenologische Untersuchung des Magen-Darmkanals. Die Einnahme des Speisekontrastbreies, die längere



Dauer der Beobachtung, das Eingehen auf die Absichten des Untersuchers verlangt eine gewisse intelligente Mitarbeit von Seite des Patienten, welche je nach der geistigen Verfassung mehr oder minder zu fehlen pflegt. Doch wäre auch hier die Röntgenuntersuchung mit berufen, die in den Pflegeanstalten nicht seltenen Geschwüre und Karzinome des Magen-Darmtraktes, die im operablen Stadium leicht übersehen werden, einer rechtzeitigen Diagnose zuzuführen.

Von unmittelbar praktischer Wichtigkeit sind die chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen des Knochensystems. Wenn seitens des Kranken brauchbare Angaben fehlen, wenn die normalen Schmerzreaktionen, wie bei Paralytischen, Gehemmten, Stuporösen unterbleiben und die Funktionsstörung undeutlich ist, wenn die Lokalisierung der Verletzung durch übertriebene Empfindlichkeit und Ängstlichkeit des Kranken sich schwer präzisieren läßt, dann ist es hier vor allem das Röntgenbild, das rasch und eindeutig die Störung erkennen läßt.

Als wertvolles Hilfsmittel bei der körperlichen Untersuchung wurde die Röntgendurchleuchtung schon 1909 von Redlich und Schüller (Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. XIV) bei Epileptikern empfohlen, welche auf Grund von 28 Fällen den Nachweis führten, daß auf diesem Wege traumatische Schädeldefekte, Fissuren, Impressionen, Verdickungen, Fremdkörper, Form- und Größenanomalien des Schädels festgestellt werden können. Ferner sind diffuse und zirkumskripte Hyperostosen, sowie luetische Knochenveränderungen nachweisbar. Schließlich liefert das Röntgenbild auch Anhaltspunkte für die Diagnose von Herderkrankungen (verkalkte Herde, Tumoren). Auch auf rein neurologischem Gebiete kann man zuweilen das Röntgenbild zu Rate ziehen, wenn Gewalteinwirkungen auf das Skelettsystem zu nervösen Störungen geführt haben, oder wenn umgekehrt im Gefolge von Störungen des Nervensystems sekundäre Veränderungen am Skelett eingetreten sind.

Nach dieser kurzen Erörterung der wichtigsten Aufgaben des Anstaltsröntgenapparats wäre noch die Möglichkeit seiner therapeutischen Anwendung zu erwägen. Eine solche scheint auf psychiatrischem Gebiete freilich noch in weiter Ferne zu liegen. Wenn sich auch theoretisch analog der Strahlenwirkung auf pathologisch veränderte Zellen im übrigen Organismus eine elektive Beeinflussung auf krankhaft funktionierende nervöse Elemente, desgleichen auf Drüsen mit gestörter oder veränderter innerer Sekretion vorstellen ließe, so fehlt uns doch für eine nutzbringende Anwendung radiologischer Therapie noch der genauere Einblick in die somatisch-psychischen Abhängigkeiten und Zusammenhänge. Es mag manchem wohl auch der Gedanke einer Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Spirochäten im Gehirne des „Metaluetikers" auftauchen, im Sinne einer Vernichtung oder Abschwächung der Virulenz. Ein solches Unternehmen erscheint jedoch vorerst als aussichtslos, da erstens die Röntgentechnik über genügend tief dringende Strahlenenergien noch nicht verfügt und zweitens, weil durch umfangreiche experimentelle Untersuchungen (Jastram, Ruß) nachgewiesen worden ist, daß eine Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Protozoen und Bakterien außerhalb und innerhalb des Tierkörpers nicht stattfindet. Dem stehen allerdings die Versuche von Rieder-München entgegen, der feststellte: Schon nach 20 bis 30 Min. dauernder Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Bakterien konnte Wachstumshemmung und Abtötung derselben erzielt werden. Dann würde ja vielleicht die Sterilisierung des Paralytikergehirnes durch Strahlen von genügender Durchdringungskraft dem Bereich der Möglichkeit näherrücken. Am voll entwickelten Zentralnervensystem selbst scheinen die Röntgenstrahlen keine besondere Schädigung zu setzen.

So käme für die Röntgentherapie in der Anstalt vorläufig praktisch höchstens in Betracht: das weite Gebiet der Lungen- und Knochentuberkulose, ferner Strumen mit Basedowerscheinungen, deren Strahlenbehandlung von manchen Autoren gerühmt wird.

Dieser kurze Überblick über die wichtigsten Anwendungsmöglichkeiten eines Röntgenapparates für Anstaltszwecke dürfte genügen, um von den Vorteilen zu überzeugen, die er dem röntgenologisch geschulten Anstaltsarzt an die Hand gibt. Die modern eingerichtete Irrenanstalt mit ihren Laboratorien für serologische und klinische Detailuntersuchung wird bald auch dieses wissenschaftlichen Rüstzeuges im Interesse einer immer mehr ausgebauten körperlichen Fürsorge für ihre Pfleglinge nicht mehr entraten können.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

R. Gaupp (Die Granatkontusion; Beitr. z. klin. Chirurgie 1915 Bd. XCVI H. 3) erörtert unter Ausscheidung aller direkten Granatverletzungen und der durch indirekte Geschosse (aufgewirbelte Steine oder Erdstücke) oder durch Aufschlagen auf die Wand, den Erdboden, beim Sturz von der Höhe erlittenen mechanischen Körperverletzungen (z. B. mechanische Erschütterung des Plexus solaris ohne äußere Verletzung) die Allgemeinschädigung des Betroffenen ohne erkennbare körperliche Verletzungen, wobei einwirken können: 1. Der Luftdruck, als akute Luftverdichtung, wenn die Granate vor dem Soldaten krepiert, als Luftverdünnung, wenn ihr Platzen hinter dem Manne erfolgt, als rascher Wechsel von Luftverdichtung und -verdünnung (Erfahrungen bei der Marine). Die Wirkung auf das innere Ohr [Störungen der Endolymphe, des Cortischen Organs und des Cochlearis, des Vestibularis (Taubheit, Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Ohrschmerzen, Hyperästhesie des Akustikus verbunden mit Schwindel, Nystagmus, Taumeln, Übelkeit und Erbrechen), multiple kleine Blutungen im Cortischen Organ oder nekrotische Vorgänge in dessen Zellen], von dem aus eine heftige Erregungswelle auf den Hörnerv und das ganze Gehirn übergeht, kann möglicherweise so stark sein, daß, wie bei der schweren Gehirnerschütterung, die Symptome des Choks unmittelbar zum Tod führen können (Tod durch molekulare Erschütterung der lebenswichtigen Hirnzentren); 2. giftige Gase; 3. die seelische Erschütterung.

Die anatomische Grundlage des tödlichen Choks infolge enormen Luftdrucks nahe vorbeisausender Granaten, wenn der Betroffene dabei nicht zu Boden oder zur Seite geschleudert wurde, ist ganz unklar. Für die Annahme eines Platzens von Blutgefäßen in lebenswichtigen Teilen des Gehirns, namentlich des verlängerten Markes, fehlt es noch an sicheren objektiven Befunden. Organische Herdsymptome (Henneberg, Neurol. Zbl. 1915 Nr. 2) weisen auf Blutungen. In manchen Fällen ergab genauere Untersuchung kleine, aber tödliche Verletzungen lebenswichtiger Organe durch Geschosse oder Geschoßteilchen.

Fälle, wo keinerlei mechanische, also nur rein seelische Erschütterung wirksam sein konnte, sind keineswegs sicher zu unterscheiden von anderen mit gleichzeitiger mechanischer Gewaltwirkung.

Harzbecker (D. med. W. 1914 Nr. 47) sah nach Granatkontusion ohne sichtbare äußere Verletzung öfters Hirnblutungen mit Halbseitenlähmung auftreten; er nimmt als Ursache der tödlichen Granatkontusion Berstung von Gefäßen im Inneren des Gehirns, speziell im Atemzentrum des verlängerten Markes an.

Sofortiger Bewußtseinsverlust mit stunden- bis tage- bis wochenlanger Dauer und nachheriger Amnesie für alle Vorgänge vom Augenblick der Explosion ab kann ausschließlich durch Schreck und Angst verursacht sein.

Man beobachtet alle Grade der Bewußtseinstrübung; sie kann auch ganz fehlen und es stehen von Anfang an nervöse und psychische Reiz- und Ausfallserscheinungen im Vordergrund: hysterische und epileptiforme (auch epileptische?) Anfälle, lokale und allgemeine tonische oder klonische Krämpfe und Muskelzuckungen, halbseitiger oder allgemeiner Tremor verschiedenster Stärke, schlaffe und steife Lähmung der Beine, Abasie und Astasie, Stummheit, Taubheit, Taubstummheit, Stimmlosigkeit, apathischer Stupor ohne jeden erkennbaren Affekt, leicht delirante Benommenheit, tobsüchtige Erregung von angstvollem, seltener von heiterem Charakter, häufig mit zahlreichen Sinnestäuschungen verbunden.

Die meisten der akuten nervösen Symptome sind körperliche Ausdrucksbewegungen des akuten Affekts und werden nur dadurch zu eigentlichen Krankheitszeichen, daß sie nicht den normalen kurzen Ablauf dieser Ausdrucksbewegungen haben, sondern Stunden bis Monate dauern können (Virgil: „obstipui, steteruntque comae, vox faucibus haesit"; Kraepelin: Schreckneurose").

Schuster (Neurol. Ztrbl. 1915 Nr. 2) teilte mit, daß Granatexplosion in nächster Nähe eines Schlafenden bei diesem keine nervösen oder psychischen Krankheitssymptome erzeugt habe. Daraus ergebe sich die Bedeutung der seelischen Stellungnahme (Entkräftung, Schlafmangel, unregelmäßige Ernährung, körperliche und seelische Überanstrengung bei großer moralischer Verantwortung) zum Explosionsvorgang und der psychopathischen Veranlagung.

Diese akuten Zustände, oft nur von kurzer Dauer, sind häufig von zahlreichen, weniger mas-



siven Symptomen begleitet, die nicht selten den Charakter von Dauersymptomen gewinnen: Kopfschmerzen aller Art, Betäubungsgefühle, Stechen im Kopf und Nacken, in Armen und Beinen, Steifigkeit der Glieder, Schwindelempfindungen, Herzklopfen mit anfallsweiser Steigerung bis zu starker Beklemmung, motivlose innere Unruhe, Neigung zum Weinen, Unfähigkeit, selbst leise Geräusche auszuhalten, Schlaflosigkeit oder oft unterbrochener, mit aufregenden Kriegsträumen durchsetzter Schlaf, Erinnerungszwang, geistige Konzentrationsunfähigkeit, schmerzlich empfundene Reizbarkeit, Intoleranz gegen geistige Getränke, pathologische Erregungen nach Alkoholgenuß mit nachfolgender glaubhafter Amnesie; objektiv nicht selten, keineswegs immer vasomotorische Symptome, Zittern, gesteigerte Reflexerregbarkeit, psychogenes Schwanken bei Augenschluß, Erschwerung geistiger Vorgänge, erschwerter sprachlicher Ausdruck, Abbrechen eines Satzes infolge Versagens der Gedanken, wechselnde Helligkeit des Bewußtseins, Zusammenzucken bei plötzlichem Ansprechen oder bei selbst mäßigen akustischen Reizen anderer Art.

Vermutlich handelt es sich manchmal um Verbindung schreckneurotischer Zeichen mit „neurasthenischen", der vorangegangenen Erschöpfung entstammenden Zügen.

Zu dem psychogenen Charakter der mannigfaltigen Bilder treten manchmal nicht-seelisch bedingte organische Störungen: von seiten des inneren Ohres und des Vestibularis, in Fällen mechanischer Erschütterung, solche durch kleine nicht nachweisbare Schädelfissuren, meningeale Blutungen, zerebrale Erschütterungen vom Charakter der Commotio cerebri. Es gibt Fälle, wo man zu einem „non liquet" kommt. „Wir kennen ja alle den bösen Punkt unserer neurologischen Diagnostik: die klinische Unmöglichkeit, die psychogenen Störungen immer von den traumatischen Beschwerden organischer Herkunft zu unterscheiden. Nicht alle organischen Folgeerscheinungen schwerer allgemeiner Hirnschädigung verraten sich als grobe Defekte vom Charakter der traumatischen Demenz." Das organisch traumatische Bild des „amnestischen Symptomenkomplexes, dessen differential-diagnostischen Wert Bonhoeffer (Neurol. Ztrbl. 1915 Nr. 2) betont, ist nicht immer vorhanden und beweist nicht ausnahmslos die organische Natur einer „Kommotionspsychose".

„Solange es keine exakte neurologische Methode der Unterscheidung leichter organischer Restsymptome von psychogenen bzw. auch von willkürlichen Krankheitsklagen und -zeichen gibt, wird es hier also immer einen ungeklärten Rest geben, bei dem das Urteil des einzelnen Arztes sich auf Imponderabilien stützt, die dem Gebiete der psychologischen Einfühlung entstammen."

Allen Formen von Granatkontusionspsychose gemeinsam ist die Bewußtseinstrübung; die häufigste Form ist der akute apathische Stupor ohne erkennbaren Affekt und mit völligem Stillstand jeder assoziativen Tätigkeit, ähnlich den von Bälz, Stierlin u. a. beschriebenen akuten Bewußtseinsveränderungen bei Erdbeben und anderen katastrophalen Ereignissen. Die Psychomotilität ruht immerhin selten so vollständig, daß der Kranke Kot und Urin unter sich gehen ließe oder mit dem Schlauch gefüttert werden müßte. Auffassungsfähigkeit und Merkfähigkeit sind fast erloschen; die Orientierung wird nicht gewonnen, auch wenn die Augen bisweilen im Zimmer herumirren. Dieser psychogene Affektstupor kann ebenso plötzlich, wie er gekommen, auch wieder verschwinden; er hinterläßt dann meist eine absolute Erinnerungslücke.

Drei Beispiele wurden zur Illustration dieses Stupors mitgeteilt.

Manchmal zeigen sich im Stupor Spuren ängstlicher Spannung. Gelegentliche zusammenhanglose Äußerungen weisen auf eine Art von Verwirrtheit. Manchmal besteht statt völliger Regungslosigkeit delirantes, spielerisches, kindliches Gebaren, ja es wird in Sprache und Bewegungen direkt das Kind nachgeahmt. Manchmal verbindet sich der Stupor mit Stummheit, Abasie und Astasie, Stottern oder Bradyphasie. Wie weit bei gelegentlichem ziellosem Herumlaufen im Zimmer innere Seelenvorgänge zu einer wahnhaften Verfälschung der Außenwelt führen, läßt sich nicht feststellen. Einfache Fragen werden oft nicht oder falsch beantwortet; bisweilen entstehen Augenblicksbilder, die an den Ganserschen Dämmerzustand erinnern. Unter Gaupps Fällen, die als Granatkontusion zugegangen waren, bestand jedoch ausgesprochenes Vorbeireden nur bei einem Manne, der sich später als fahnenflüchtiger Simulant erwies; er hatte niemals eine Granatkontusion erlitten, da er sich vor den Granaten rechtzeitig geflüchtet hatte. Es handelte sich um ein klinisch ganz unverständliches psychisches Krankheitsbild scheinbar halluzinatorischer Erregung mit übertriebener clownhafter Mimik und völliger Orientierung, ohne jede Bewußtseinstrübung, das von dem Manne selbst als Wirkung einer Granatverschüttung erklärt wurde.

Häufig ist Verbindung von halbstuporösem Zustand mit angstvollen Delirien und Sinnestäuschungen optischer und akustischer Art (Szenen aus



den Gefechten, Verkennung der Umgebung, dabei Angriffe auf Mitkranke); vereinzelt kommt heitere Erregung, ein pseudomanisches Bild, vor.

Nicht selten sah Gaupp den anfänglichen schweren, aber bereits geheilten Zustand nach Wochen oder selbst Monaten unter der Einwirkung rein seelischer Vorgänge wiederkehren, was beweise, daß es zur Entstehung solcher, anscheinend so schwerer Zustände keinerlei körperlicher Erschütterungen oder Verletzungen bedürfe.

Kirschner: Demonstration eines Falles traumatischer Rindenepilepsie.

Bei einem jungen Manne traten nach einer Schädelverletzung im Bereiche der rechten seitlichen Stirn epileptische Anfälle auf. Bei der Untersuchung fand sich ein Defekt von Zweimarkstückgröße. An der beschädigten Stelle fehlte bei der operativen Freilegung die Dura mater in gleicher Ausdehnung. Darunter lag eine walnußgroße Zyste, bei der sich beim Anstich wasserhelle Flüssigkeit entleerte. Der Defekt aller Gewebe wurde mit autoplastischem Material gedeckt: der Defekt in der Hirnrinde durch Fett, der Defekt der Dura durch ein Stück der Fascia lata, das wasserdicht in den Defekt eingenäht wurde. (Fett und Faszie wurden im Zusammenhange aus dem linken Oberschenkel genommen.) Der Defekt des Knochens wurde durch Verschiebung der Tabula externa gedeckt. Primäre Wundheilung. Am Operationstage traten noch zwei Anfälle auf, seitdem ist der Kranke (bisher zwei Monate Beobachtungszeit) beschwerdefrei.

H. Higier (Verhandl. d. Warschauer ärztl. Gesellsch. CXI, 1915 S. 64) berichtet über folgenden eigentümlichen Dämmerzustand nach Granatexplosion (Kriegshypnose nach Millian).

Dem Soldat, in dessen Nähe eine Granate explodierte, und der sofort umfiel, sind die ersten sechs Wochen nach dem Unfall im Gedächtnis ganz entschwunden. Im Lazarett, dem er Mitte der fünften Krankheitswoche zugeführt wurde, halbbewußt, in einem Dämmerzustand, aus dem er sehr schwer zu erwecken war. Augen ganz geschlossen oder über der Norm geöffnet und vor sich vag hinsehend. Sensibilität aufgehoben, Bewegungen und Reflexe intakt. Die Pupillen reagierten träge. Auf äußere Reize und Ansprechen reagiert er wenig oder gar nicht. Urin ließ er unter sich. Nahrung nahm er zu sich, sofern man sie ihm in den Mund schob. Zwei bis drei Wochen später war er bedeutend regsamer, erweckbarer, setzte sich auf, öffnete die Augen, nahm selbst den Löffel in die Hand und Nahrung aus dem Teller, verließ das Bett, wich auf dem Wege Hindernissen aus; alles jedoch noch im Halbschlafe. Keine Laute gab er von sich; Fragen beantwortete er nicht. Von Anfang an führte der Kopf langsame, pendelartige Bewegungen in horizontaler und vertikaler Richtung aus; seltener nahm an denselben der ganze Rumpf teil. Nach den ersten drei kalten Abreibungen fing er an zu erwachen, brachte einzelne unartikulierte Laute hervor; allmählich produzierte er leise und undeutlich einzelne Worte. Er ist aber auch jetzt, nachdem die Sprache ganz zurückgekehrt ist, für die ersten Wochen noch ganz amnestisch, vergißt auch sehr vieles von dem, was ihm vor ein paar Stunden gesagt wurde. Der Zustand bessert sich mit jedem Tag. Halluzinationen waren nie vorhanden. Auffallend war die die ersten zwei Monate ohne objektiv nachweisbare Ursache anhaltende subfebrile Temperatur (36,8 bis 37,6°). Der noch am meisten an den altbekannten hysterischen Somnambulismus erinnernde Zustand ist von Millian unlängst als Kriegshypnose beschrieben worden. (Nach einem Eigenbericht in Neurolog. Zentralbl. 1916 S. 376.)

J. H. Schultz und Robert Meyer, Zur klinischen Analyse der Granatchokwirkung (Medizin. Klinik 1916 Nr. 9), kommen in ihren Ausführungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Unentbehrlich zur präzisen Differenzierung der klinischen Bilder nach Granatchok ist die Prüfung des Vestibularapparates nach Bárány für den Neurologen und Otologen.

2. Die traumatische Ruptur läßt die Prognose günstiger erscheinen.

3. Die Krankheitserscheinungen nach Granatchok erfordern gemeinsam otologisch-neurologische Analyse und sorgfältige individuelle Behandlung.

4. Therapeutisch kamen die Verff. in fast allen Fällen, je nach Indikation, mit Isolierung, Hypnotizis und Psychotherapie, Katheterismus und Massage aus. Gute symptomatische Erfolge ergab vielfach die Hypnose.

E. Redlich und J. P. Karplus (Wien) haben schon früher (Karplus, Über Erkrankungen nach Granatexplosionen; Wien. klin. Woch. 1915 Nr. 6; und Redlich und Karplus, Über Auffassung und Behandlung der sog. traumatischen Neurosen im Kriege; Med. Klinik 1916) erwähnt, daß es in seltenen Fällen nach Granatexplosionen zur Entwicklung organischer Veränderungen des Zentralnervensystems, spez. solcher von spinalem Typus kommen kann, und behandeln dieses Thema nochmals eingehender (Über das Auftreten organischer Veränderungen des Zentralnervensystems nach Granatexplosionen, resp. Mischformen derselben mit funktionellen Störungen; Monatsschr. f. Psych. u.



Neurol. 1916 Heft 5). Es wird zunächst hingewiesen auf ähnliche Beobachtungen von Bonhoeffer: Fall mit Sensibilitätsstörungen von segmentalem Typus und Babinskyschem Phänomen (Neurol. Zentralbl. 1915 S. 73); Henneberg (ebenda): Fall mit Hemiparese und anfänglicher Blindheit, späterer Hemianopsie und Stauungspapille leichten Grades, und Fall, wo meningeale Blutung wahrscheinlich war; v. Sarbó (Wien. klin. Wochenschrift 1915 S. 86): Fall, wo doppelseitige Rekurrenslähmung bestand, die er durch Druckerhöhung im IV. Ventrikel oder Einpressung der Medulla oblongata gegen das Foramen magnum erklären will; Sänger (Münch. med. Wochenschr. 1915 Nr. 15 und 16): ein Fall mit zerebellaren Symptomen, ein zweiter mit Optikusatrophie; Bruns (Neurolog. Zentralbl. 1915 S. 12), Bauer (ebenda S. 175): hysterische Sensibilitätsstörung nach Commotio spinalis mit Paraparese der Beine und Verlust der Sehnenreflexe; Aschaffenburg (Archiv für Psych. Bd. 56 S. 345): Veränderungen der Patellarsehnenreflexe, der Achillessehnenreflexe und der Bauchreflexe; ebenso Schlesinger (Mitt. im Wien. psych. Verein 1915); Netoussek (Neurol. Zentralbl. 1916 S. 98): ein Soldat, der in liegender Stellung durch eine in der Nähe platzende Granate zu Boden gedrückt, bewußtlos wurde und dann das typische Bild einer Brown-Séquardschen Lähmung darbot (spontane, nichttraumatische Hämatomyelie, deren Ursache Luftdruckwirkung).

Redlich und Karplus beobachteten einen Fall, bei dem sich nach Granatexplosion linksseitige Hemiplegie eingestellt hatte und man traumatische Schädigung des Gehirns durch Granatexplosion hätte erwarten können, etwa Blutung in Meningen oder Gehirn, durch Hingeschleudertwerden des Kranken mit rascher, fieberhafter Progredienz der Erscheinungen, die rasch zum Exitus führte, und finalem Auftreten von Symptomen auch von seiten der linken Hemisphäre (halbseitige Krämpfe der rechten Extremitäten). Jede äußere Verletzung fehlte. Die Obduktion ergab einen großen Abszeß in der rechten Hemisphäre, zugleich aber eine Bronchiektasie, die als Quelle der Eiterung angesehen werden mußte. Sie nehmen an, daß durch das Trauma eine Läsion des Gehirns — etwa eine Blutung — in der rechten Hemisphäre gesetzt wurde, die die sofort einsetzende linksseitige Hemiplegie bedingte, in der Folge aber von der Bronchiektasie her infiziert wurde, wodurch es zur Entwicklung des rasch progredienten Abszesses kam.

Die übrigen Fälle betreffen spinale Schädigungen nach Granatexplosionen.

Hertha Wiegand (Über Granatkommotionsneurosen, In.-Diss., Freiburg i. B. 1915) beschreibt 14 Fälle aus der Prov.-Heilanstalt Grafenberg.

In vier Fällen kam starke, plötzliche Luftsteigerung, als Ursache der Commotio cerebri im Sinne Sarbós in Betracht, auch die Blutung aus Nase und Ohr in dem einen Fall. Folgende Symptomenbilder lagen vor: 1. Verwirrtheit mit psychogener Sprachlähmung. 2. Dämmerzustand. 3. Hypomanie. 4. Epileptoide Zustände.

In zwei Fällen handelte es sich um psychogene Stummheit und Taubheit, in einem Fall um ein hysterisches Leiden, um traumatische Neurose Oppenheims in drei Fällen, um funktionelle Herzbeschwerden und Neurasthenie in drei Fällen, davon in einem Falle mit Aggravation.

Für zwei Fälle ließ sich persönliche Disposition nachweisen, bei allen andern Patienten konnte wenigstens nichts festgestellt werden.

W. Uffenorde in Göttingen, Zur Behandlung der Kopfschüsse (D. m. W. 1916 Nr. 22). 139 Fälle klinisch behandelter Gehirnschädelschüsse.

Besonders fiel bei den Hirnverletzten auch nach Heilung der Wunde eine Neigung zu vasomotorischen Störungen auf, die sich äußert in psychischer und körperlicher Labilität, einer Neigung zu Katarrhen, häufigen Magen- und Darmstörungen, häufigem Erbrechen, häufig wiederkehrenden und langdauernden unregelmäßigen Temperatursteigerungen ohne sonst nachweisbare Ursache u. a. Bei allen diesen Störungen traten nicht selten unangenehme, zerebrale Reizerscheinungen mit lokalem Schmerz hervor, die differentialdiagnostische Schwierigkeiten bieten und leicht dazu verleiten können, die Erscheinungen auf eine latente Hirninfektion zurückzuführen.

Epileptiforme Krämpfe sechsmal während noch bestehender Eiterung; vier dieser Patienten kamen zum Exitus. In vier Fällen bestand auch nach geheilter Hirnwunde Epilepsie.

Dreimal blieben Soldaten mit Ventrikelschüssen und letaler Meningitis noch 13 bis 18 Tage bei vollkommen freiem Sensorium. Eine ausgedehnte Meningitis braucht sich klinisch nicht zu verraten. Nach diesen Erfahrungen können selbst bei Ventrikeleiterungen, die sich stets nach bisheriger Annahme durch apoplektiform einsetzendes Koma manifestieren und rasch letal verlaufen, ausgesprochene und eindeutige meningitische Symptome fehlen. Verf. konnte einmal sogar intra vitam die mit dem Abszeß infolge der Verletzung breit verbundene Ventrikelhöhle mit Spekulum und Autoskopierrohr zum Teil besichtigen und Knochensplitter von dort entfernen. Der Mann ist seit eineinviertel Jahr ge-

heilt und tut, wenn er auch noch sehr labil ist, Garnisondienst. Auch in zwei anderen geheilten Fällen mußte entsprechend dem Gehirnbefunde, der Lage des Abszesses und der durch genaue Messung festgestellten Entfernung angenommen werden, daß der Ventrikel breit mit der Abszeßhöhle kommunizierte.

Ein großer Teil der vor längerer Zeit osteoplastisch gedeckten Patienten ist als dienstfähig entlassen. Eine größere Anzahl tut wieder Dienst an der Front. In bezug auf die Felddienstfähigkeit der schwer Verletzten sollte man sehr vorsichtig sein und alle Hirnverletzten auch bei noch so gutem Verlaufe nur Garnisondienst tun lassen.

Bei den wegen traumatischer Epilepsie operierten Verwundeten sind inzwischen mit einer Ausnahme (sechs Monate seit Operation) wieder Anfälle aufgetreten.

Weil, Straßburg, hat Funktionsprüfungen des Ohres bei einer Reihe von Soldaten mit Granaterschütterungen gemacht. Bei fast allen fand sich bei intaktem Trommelfell eine mehr oder weniger starke Erkrankung des inneren Ohres, sowohl des Hör- wie auch des Gleichgewichtsapparates.

Er macht auf die pathologisch-anatomischen Befunde am Cortischen Organe, wie sie aus den experimentellen Untersuchungen Wittmaacks, Yoshiis u. a. nach Detonationen vorliegen, aufmerksam und glaubt, daß es sich im menschlichen Labyrinth nach Granaterschütterungen um ähnliche Veränderungen handeln könne. (Arch. f. Psych. Bd 56 H. 1.)

Nach Saenger wird zu wenig in Rechnung gezogen, daß feinste Granatsplitter in den Körper eindringen können, ohne äußerlich sichtbare Spuren zu hinterlassen. Er führt einen Fall von einseitiger Erblindung (rechtsseitige Optikusatrophie) eines Mannes infolge einer Granatexplosion an. Röntgenaufnahme ergab zahlreiche feinste Granatsplitter in der rechten Orbita. (Ebenda.)

Saenger, Hamburg (Über die Arbeitsfähigkeit nach Schußverletzungen des Gehirns; Archiv für Psych. Bd. 56 Heft 1) fand in manchen Fällen die physiologischen Ausfallserscheinungen gering im Verhältnis zur Größe der strukturell geschädigten Hirnmassen. Es müssen daher wohl entweder die letzteren wieder funktionstüchtig oder deren Funktion durch andere Hirnpartien übernommen werden. (Fall eines geheilten Abszesses im linken Stirnlappen ohne Aphasie bei einem Rechtshänder.)

Nach Brodmann, Tübingen (Arch. f. Psych. Bd. 56 Heft 1) kommt es selbst bei dem stark gesiebten und einseitigen Material der Heimatlazarette oft noch viele Monate nach der Verwundung zu bitteren Enttäuschungen. Die Spätfolgen von Hirnschüssen sind nicht selten schwere, auch bei anfänglich glattem Wundverlauf und nach guter funktioneller Restitution. Unter den von ihm beobachteten Fällen sind zwölf Prozent nachträglich an solchen gestorben (Abszeß, Ödem und enzephalitische Erweichung, Prolaps, eitrige Meningitis). Der Spätabszeß bildet eine dauernde Gefahr, teils durch Rezidiv, teils durch das Nachgebären von Splittern mit chronischer persinuöser Eiterung. Außerdem sind die diffusen Dauerschädigungen, die er in Übereinstimmung mit Poppelreuter häufig gefunden hat, nicht zu unterschätzen.

G. Anton (Über psychische Folgen von Kopfverletzungen mit und ohne Gehirnerschütterung; Psych.-Neurol. Wochenschr. XVI Nr. 41/42, 16. Jan. 1915) erweist unter Schilderung von neun Fällen, daß auch schwere Verletzungen des Gehirns durch Geschosse das seelische Vermögen und die gesamte Persönlichkeit weniger in Mitleidenschaft ziehen, als dies scheinbar unblutige Kopferschütterungen bewirken. Glatt durchgehende Geschosse erzeugen weniger Erschütterung und Gehirnpressung. Auch Erschütterungen und plötzliche Luftdruckschwankungen können an und für sich schwere dauernde Hirnsymptome hervorbringen, ohne daß überhaupt eine Verwundung durch ein Geschoß erfolgt. Die Wirkung der Allgemeinerschütterung, der Lokomotion, ist daher besonders zu bewerten: die molekulare Erschütterung, die sogenannte Gehirnpressung (Kocher), die akuten Verschiebungen der Gehirnflüssigkeit, die Erschütterungen im allgemeinen Gefäßbaum und das darauffolgende Ödem; auch komplizierte vasomotorische Reflexvorgänge, für deren Annahme unter anderem der Umstand spricht, daß auch der psychische Chok in den Wirkungen der allgemeinen mechanischen Erschütterung nahekommt. Für den allgemeinen psychischen Zustand, für seine spätere Gestaltung ist die allgemeine Erschütterung wichtiger als lokale Gewebsdurchtrennung ohne erhebliche Erschütterung. (Durch sechs Röntgenbilder sind die Fälle Antons veranschaulicht.)

Wagner (Überblick über die in der Heil- und Pflegeanstalt Gießen behandelten nerven- und geisteskranken Soldaten; M. m. W. 1916 Nr. 15) berichtet über einen Fall von eigentlicher Geisteskrankheit nach Durchschuß des Stirnhirns. Er bot in großen Zügen das Bild der sog. Witzelsucht. Die Grundstimmung war vergnügt, witzelnd, manchmal schlug die Stimmung in Zorn um. Der Kranke lachte und unterhielt sich bei der Gartenarbeit scherzend und überlaut, daß es durch das ganze Terrain schallte und er zeitweise draußen unmög-



lich war. Dabei war er ganz gut orientiert und im ganzen geordnet. Ferner über einen Depressionszustand mit Kleinheitsideen nach einem Streifschuß der linken Schläfengegend.

L. Mann, Mannheim: Über Granatexplosionsstörungen (Arch. f. Psych. Bd. 56 Heft 1).

Am häufigsten waren Lähmungszustände, darunter zehnmal Lähmungen der Sprache, zweimal mit Taubheit, zwei Taubheiten, bei drei Fällen körperliche Lähmungszustände. In den Fällen von Lähmungen der Sprache und des Gehörs war durchweg Erschütterung, Detonation und Luftdruck als ursächliches Moment für etwaige körperliche Störungen auszuschalten. Sie sind alle genau untersucht worden.

Der Erfolg der Behandlung, die eine rein psychische war, erwies die psychogene Entstehung. Mann hatte einen Fall, der trotz seines Mutismus im Traume laut spricht.

In einem Fall erfolgte sofort nach Explosion Parese beider Beine; diagnostisch entscheidend war neben der psychischen Analyse der gesamten Persönlichkeit die strumpfförmige Anästhesie an beiden Beine bis zu den Knieen hinauf und handschuhförmige Anästhesie an beiden Händen.

Ein Mann hatte im Moment des Einschlagens der Granate den Arm vor den Kopf gehalten und sich nach vorn gebeugt. Diese Bewegung ist so sehr mit der Erinnerung an das Erlebnis verknüpft, daß er — ähnlich wie die Fälle, bei denen die Erinnerung Rückfälle in den Verwirrtheitszustand oder heftige Erregung hervorrief — anfing, die Abwehrbewegung 15- bis 20 mal hintereinander zu wiederholen, wenn man von seinem Erlebnis sprach.

Psychische Erkrankungen waren unter Manns Fällen sechs. Alle waren verwirrt, das Bewußtsein war getrübt, heftige Angstzustände wechselten mit großer motorischer Unruhe, halluzinöse und illusionäre Umdeutungen mit stuporartiger Apathie. Beim Abklingen der Zustände durchweg lebhaft betonter Erinnerungsaffekt. Bei zweien war Vorbeireden vorhanden; einer sprach ungrammatikalisch wie ein kleines Kind, z. B. „ich nicht wohl", „ich Kopfweh" u. dergl.

Ein Fall leidet seit der Erschütterung an typischen Krampfzuständen am ganzen linken Bein. Jede willkürliche Bewegung löst sofort typische Crampi und Schütteltremor im linken Bein aus. Der Patient ist sonst psychisch gesund, ohne neurasthenische oder hysterische Symptome.

Bei mehr als der Hälfte der Fälle war anamnestisch besondere nervöse Veranlagung nicht zu erheben gewesen, dagegen hatten alle große körperliche und psychische Leistungen hinter sich, so daß zweifellos ein Zustand von Erschöpfung vorlag. Bei den Erschöpften gräbt sich der Affekt zu tief ein und bleibt mit der Erinnerung an die Erlebnisse verknüpft.

Aschaffenburg, Cöln a. Rh.: Über das Zusammenvorkommen organischer und nichtorganischer Nervenstörungen (Arch. f. Psych. Bd. 56 Heft 1).

Nach Ausschaltung aller Fälle mit psychischen Erscheinungen, die vielleicht als Folgen der angenommenen organischen Schädigungen gedeutet werden können, bleiben etwa zwei Drittel aller Fälle, in denen sich nach Granatexplosionen unverkennbar psychogene Symptome in individuell sehr wechselnder Ausbreitung und Art entwickelt hatten, und unter diesen waren die psychogenen Symptome fast stets mit deutlichen organischen verbunden.

Die Erfahrungen nach Granaterschütterungen lehren, daß wir auch dann mit der Möglichkeit organischer Veränderungen rechnen müssen, wenn die äußeren Umstände eine anatomische Läsion scheinbar geradezu ausschließen lassen.

Bei dem Zusammentreffen organischer und psychogener Symptome sind drei Fälle möglich (grobe Verkennungen psychogener Sprachstörungen, Lähmungen, Übersehen von Schädelschüssen, Geschoßsplittern, Frakturen usw. können hier außer Betracht bleiben):

1. Die psychogenen Erscheinungen sind ohne Schwierigkeit als von der anatomischen Grundlage unabhängig zu erkennen. (Beispiele: Lähmungen der ganzen Hand nach peripherer Verletzung eines Armnerven, Stummheit nach Vertaubung, Kontrakturen ohne Lähmungen usw.)

2. Die psychogenen Erscheinungen überdecken die organischen, so daß diese übersehen werden können. (Beispiele: Neuralgien nach eingesprengten Geschoßteilchen, Lidkrämpfe und Trigeminusreizungen nach intraokularen Verletzungen, Schwindelanfälle bei Labyrinthzerstörungen, Astasie-Abasie nach leichten, nur den Anstoß zu den Lähmungen gebenden Rückenmarksläsionen.) Dieses Übersehen kann die Behandlung in die falsche Richtung drängen, so daß rechtzeitiges Operieren versäumt wird. Die lange Dauer fixiert, da die eigentliche Ursache nicht beseitigt wird, die überdeckenden psychischen Symptome und züchtet künstlich Nerveninvaliden. Auch kann ein allzufrühes Indienststellen zu weiteren, nicht mehr zu beseitigenden organischen Schädigungen führen. Das Übersehen der organischen Grundlage könnte auch später zu



ungerechter Beurteilung der Rentenansprüche Anlaß geben.

3. Die organischen Erscheinungen überdecken die nervösen, so daß die organische Grundlage überschätzt wird. (Beispiele: Plexus- und Nervenverletzungen; Schädelschüsse mit psychogenen Krämpfen und Lähmungen.) Von besonderer Wichtigkeit sind die Schmerzen bei peripheren Nervenverletzungen. Sie sind sogar von chirurgischer Seite (Dilger und Meyer) geradezu als die Indikation zur Nervennaht, auch bei fehlender Lähmung, bezeichnet worden. Das Übersehen des psychogenen Anteils an dem Symptomenkomplex veranlaßt überflüssige Operationen (nicht nur Neurolysen, auch Trepanationen und Laminektomien), macht die Kranken ängstlich und erzeugt traumatische Neurosen oder verschlimmert die Neigung zu psychogenen Reaktionen.

E. Maliwa (Über mittelbare Geschoßschädigungen; M. m. W. 1916 Nr. 21) erörtert die Fälle, die nicht direkt durch ein großkalibriges Geschoß oder dessen fortgeschleuderte Sprengteile, Steine, Erdmassen usw. verletzt wurden, sondern Schädigungen davontrugen, die indirekt, durch anderweitige Energieübertragung auf den Organismus und dessen Sinne entstanden sind.

Nach Granatexplosionen kommen Lähmungen rein psychogenen Charakters vor, wenngleich sie eine relativ seltene Erscheinung sein dürften. Ungleich häufiger sind andere psychische Affektionen meist bald vorübergehender Natur. Maliwa selber beobachtete bei Leuten, in deren Nähe eine Granate explodierte, und die dabei keine Spur einer Verletzung aufwiesen, die Zeichen heftigsten Schrekkens und seiner späteren Folgen: Trägheit der assoziativen Tätigkeit, Armut an Affekten und Vorstellungen. Bei anderen Leuten wieder war eine rasch abklingende affektive Übererregbarkeit zu merken. Einer vorhandenen, vielleicht durch den Krieg selbst geschaffenen Disposition ist die ausschlaggebende Rolle zuzuerkennen. Die Neurasthenie, die Erschöpfungskrankheit katexochen, erfuhr durch den Chok eine rapide Steigerung ihrer sämtlichen Symptome.

Maliwa beobachtete ferner groben, öfter feinschlägigen Tremor, manchmal über alle Extremitäten ausgebreitet, teilweise bei intendierten Bewegungen zunehmend; myasthenische Zustände; unsicheren Gang. Wirkliche Lähmungen ohne organische Grundlage sind ihm nicht untergekommen, wohl aber deutliche Paresen; bevorzugt ist die Unterarm-Handmuskulatur und der Deltoideus. Ein Fall einer disartikulatorischen Sprachstörung, die sich unmittelbar an eine Granatexplosion anschloß, sich aber im Verlaufe von mehreren Tagen wieder gab, vasomotorische Störungen, vor allem als Gefäßparese am Kopf oder hochgradige Blässe mit wiederholten Ohnmachtsanfällen, Stase in Händen und Füßen mit lokaler Hyperhidrose; am häufigsten Erscheinungen am Herzen in Form einer paroxysmalen Tachykardie, manchmal aber auch Bradykardie (Vagusreizung) — (Fälle, in denen ein individueller Nikotinübergenuß vielleicht die Basis für die Schädigung abgab); Veränderungen der Schlagfolge, Dissoziationen, beide in ähnlicher Weise: unregelmäßige, rasche Vorhofskontraktionen, zeitweise ein Wühlen der Muskulatur, bei bradykardem, arhythmischem Spitzenstoß und Puls, Herz-Magen-Angstneurose mit tachykarden, fast stenokardischen Anfällen (aber ohne deren ernstes Kolorit), Kongestionen zum Kopfe; Appetitlosigkeit, wechselnd mit Heißhunger, manchmal Erbrechen, Sodbrennen, Obstipation. Psychopathische Konstitution, Alkoholismus des Individuums oder der Eltern ist in einem Teil nachweisbar. „Gewiß liegt manchmal Hysterie vor mit dem einen oder anderen Stigma, die Symptome der ersten Schreckwirkung zur Fixation bringt. Andererseits haben aber die Symptomenkomplexe, wie Oppenheim betont, so durchaus das Gepräge des Echten, und wie ich selbst gesehen habe, schließen sie sich so unmittelbar an das Ereignis an, daß sie nicht als hysterisch durchwegs angesehen werden können."[4]) Fälle, die im Laufe der Behandlung keine Besserung, im Gegenteil Verschlechterung aufweisen, können allerdings sehr die Vermutung nahe legen, daß die schon von der Unfallbegutachtungspraxis wohlbekannten Begehrungsvorstellungen, im weitesten Sinne, in Wirksamkeit getreten sind.

Manchmal wird mittelbar durch eine Granatexplosion eine Blutung in die Meningen oder das Zentralnervensystem, lokale Ischämie oder Erweichung dortselbst ausgelöst. Außer Lokalsymptomen treten gerade bei detaillierten wiederholten Untersuchungen psychogene Züge auf, die mit dem ersten Prozeß nicht ohne weiteres in Einklang gebracht werden können. Schon bei einer Synkope kann es schwer sein zu sagen, ob sie Folge bloß des psychischen Traumas, Anämie des Gehirns oder einer Commotio cerebri ist. Auch isolierte Commotio spinalis scheint vorzukommen.

Somatische Schädigungen durch mittelbare Geschoßwirkungen: häufig Hämoptoen bei Leuten, in

[4]) Man darf Maliwa dankbar sein, daß er dem heute leider so Mode gewordenen Gefasel von „Kriegshysterie" entgegentritt.



deren nächster Nähe eine Granatexplosion stattfand, Ohnmacht, Störung der Herzaktion, sogar Todesfälle, aber nur durch das nahe Vorbeifliegen großkalibriger Geschosse.

Als mittelbare Ursache des Todes durch bloße Granatexplosion nimmt Maliwa Druckverschiebung in der Luft an, Drucksteigerung vor und seitlich des Geschosses und Drucksenkung hinter dem Geschoß.

Es kommt auch ohne Quetschung des Thorax zu Hämoptoe, hervorgerufen durch erhöhte Spannung der intrapulmonalen Luft, wahrscheinlich durch direkte Fortpflanzung des Druckes in der Luftsäule via Nase, Trachea, Bronchien oder der von außen auf den Thorax und das Abdomen (Diaphragma) plötzlich einwirkende Druck bewirkt, ähnlich einer Umklammerung die Spannungssteigerung der intrapulmonalen Luft. Allerdings kam es nie zu Pneumothorax oder Hautemphysem.

Bei drei Leichen mit sehr stark aufgetriebenem Bauch nimmt Maliwa als Todesursache in erster Linie Ruptur des Darmes durch die rapide äußere Druckschwankung an und Blähung des Abdomens durch Gasaustritt in das freie Kavum. Doch können solche Todesfälle ohne äußerlich erkennbare Verletzung zurückzuführen sein auf physikalisch ausgelöste Reflexe des Sympathikus oder Vagus, besonders in ihren pulmonalen und die Herzaktion regelnden Fasern. Chokwirkung und Kommotion allein, eventuell Blutung in lebenswichtigen Zentren, vermöchten ebenfalls den raschen Exitus zu klären, doch liegen diese Annahmen, wenn auch im Bereiche der Möglichkeit, so ferne. Derartige Todesfälle, sowie die einwandfreie Beobachtung von „pneumatischen" Schädigungen durch vorbeifliegende Geschosse, wie Hämoptoe, Ohnmacht, gehören zu den seltneren Vorkommnissen. Ermöglicht wurden diese Wahrnehmungen durch Kämpfe in sumpfigen Geländen, wo die Granaten oft nicht zur Explosion gelangten.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Bemerkung zur Überbrückung von Nervendefekten.**[1]) Von H. Spitzy. Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 11.

Die Erfolge mit Edinger-Röhrchen sind bei Spitzys Erfahrungen durchweg negative gewesen; das Verfahren wurde deshalb fallen gelassen. Ebensowenig Erfolg gab das Blutserum-Agarröhrchen. Besser (unter 23 Fällen 5 Besserungen nach mindestens vier Monaten) waren die Resultate mit den vor jenem Verfahren nach den früher geläufigen Methoden gemachten Tubulisationen.

Auf Grundlage von an 45 Fällen gemachten Erfahrungen wird der Schluß gezogen, daß die Zwischenschaltung von irgendeiner Füllmasse bisher keinen Fortschritt bezeichnete, sondern im Gegenteil die alte Tubulisation, wie sie Vanlair angeführt und die älteren Chirurgen angewendet, zum mindestens eher Erfolge zeitigten. Das Leerlassen des eingeschalteten Kanales ist zum mindesten besser als die Zwischenfüllung. Die Wandung des gehärteten Arterienrohres, wenn stark genug, füllt sich ohnehin mit Serum, noch mit dem desselben Individuums. — Auch mit Einschaltung von Nervenstücken hat man am Menschen noch keinen Erfolg gehabt, entgegen dem Ergebnis von Tierexperimenten, die sich eben aus verschiedenen Gründen nicht auf den Menschen übertragen lassen. Bresler.

[1]) Vergl. Jahrgang 1916/17 S. 12 und die zahlreichen einschlägigen Referate über Nervennaht in Nr. 51/52 des Jahrgangs 1915/16.

Buchbesprechungen.

— Härtel, Die Lokalanästhesie. Neue deutsche Chirurgie, 21. Bd. Stuttgart 1916, Enke.

Prof. Schmieden, Halle, schickt „dem fleißigen Werke" ein lobendes Geleitwort voraus. In der Tat scheint das Bestreben des Verf., für den praktischen Chirurgen ein übersichtliches Lehr- und Nachschlagebuch zu schaffen, geglückt zu sein, soweit sich das von psychiatrischer Seite beurteilen läßt. Die Lokalanästhesie wird zunächst historisch und ihrer Indikationsstellung nach behandelt. Im zweiten Kapitel finden wir die Empfindlichkeit der einzelnen Körperteile nach ihrem Grad beschrieben sowie die einzelnen Anästhetika nach der Art ihrer Wirkung. Das dritte Kapitel lehrt uns die Arten der Lokalanästhesie, das vierte die Instrumente und Lösungen wie auch die Vorbereitung des Kranken. Die weiteren acht Kapitel gehen dann der Reihe nach die Operation an den einzelnen Körperteilen durch: Kapitel V Schädel, Kapitel VI Gesicht, Kapitel VII Hals, Kapitel VIII obere Extremität, Kapitel IX Rumpf, Kapitel X Hernien und männliche Genitalien, Kapitel XI untere Extremität, Kapitel XII Rumpfende und weibliche Genitalien. Ein Anhang bringt uns schließlich noch ein Schema der sensiblen Innervation. Recht instruktiv wirken in dem Buch 78 teils farbige Textabbildungen.

Wern. H. Becker, Herborn.



Therapeutisches.

— **Solarson, ein wasserlösliches Arsenpräparat aus der Elarsongruppe.** Von Prof. Dr. Klemperer. (Aus dem städt. Krankenhaus Moabit in Berlin.) Die Therapie der Gegenwart, Januar 1916, 1. Heft.

K. hat ein wasserlösliches Arsenpräparat aus der Elarsongruppe, welches die Elberfelder Farbenfabriken Bayer & Co. dargestellt haben, einer klinischen Prüfung unterzogen.

Allen Anforderungen scheint das Solarson — dies ist der Name des neuen Arsenpräparates — in vollem Umfange zu genügen, und deswegen möchte K. durch diesen Bericht die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte auf dasselbe lenken. Solarson ist das Mono-Ammoniumsalz der Heptinchlorarsinsäure, als relativ ungiftige und gut resorbierbare Arsenverbindung für die Anwendung beim Menschen wohl geeignet. Die von K. verwendete wäßrige Solarsonlösung enthält 1% der Heptinchlorarsinsäure in ammoniakalischer phenolphthaleinneutraler Lösung, welche zum Zweck vollkommener Reizlosigkeit mit 0,7% Kochsalz gerade isotonisch gemacht ist. Diese Lösung läßt sich unzersetzt aufbewahren.

K. hat die einprozentige Solarsonlösung in langsam steigenden Mengen beim Menschen angewandt. Zur systematischen Arsenkur bewährt sich die tägliche subkutane Injektion von 1 ccm der einprozentigen Lösung. Gewöhnlich hat er diese Injektion an zehn bis zwölf Tagen hintereinander gemacht und nach einer Pause von acht Tagen diese Injektionen ebenso oft wiederholt. Um die Verträglichkeit des neuen Präparats außer Zweifel zu stellen, hat er es an sich selbst ausprobiert und kann den Injektionen vollkommene Schmerzlosigkeit und das Fehlen jeder Nebenwirkung bezeugen. Der Beweis typischer Arsenwirkung durch das Solarson wurde durch die Beeinflussung mehrerer Fälle von perniziöser Anämie erbracht.

Diese Wirkungen sind so augenfällig, daß danach an der typischen Arsenwirkung des Solarsons ein Zweifel nicht möglich ist.

Die Indikationen für die Anwendung des Solarsons waren dieselben, welche für den Gebrauch des Elarsons maßgebend waren: sekundäre Anämien, Appetitlosigkeit, allgemeine Schwächezustände, Zustände von Neurasthenie, Neuralgien, Basedowsche Krankheit, Chorea.

In den letzten Monaten machte jeder neurasthenische Patient seiner Abteilung eine Solarsonkur durch. Im ganzen waren es 31 Patienten, 21 weibliche, 10 männliche. Die Solarsoninjektionen wurden ohne Ausnahme gut vertragen und übten auf die Beschwerden einen günstigen Einfluß aus. Zahlreiche Besserungen wurden erzielt, insbesondere schwanden Verstimmungen, oft fand der Appetit sich wieder usw.

In letzter Zeit hat er mehrfach Solarsonkuren bei sehr empfindlichen Privatpatienten mit nervösen Dyspepsien und Herzneurosen machen lassen. Es wurden von den betreffenden Kollegen übereinstimmend sehr günstige Resultate der Injektionen berichtet.

Es wurde ein Fall von mittelschwerer Ischias, zwei Fälle von Gesichtsneuralgie, ein Fall von Neuralgie im Plexus brachialis behandelt. In allen vier Fällen wurden durch je 20 Injektionen Heilungen erzielt, die bei der Ischias jetzt schon fünf Monate andauert. Die behandelten Fälle waren allerdings nicht von sehr großer Intensität.

Im ganzen hat K. im vergangenen Jahre mehr als 2000 ccm der einprozentigen Solarsonlösung zu Einspritzungen verbraucht. Durch Injektion von Solarson wird objektiv die Zahl der Blutkörperchen in schweren Anämien und Kachexien vermehrt und kann perniziöse Anämie durch dieses Mittel wenigstens zur zeitweisen relativen Heilung gebracht werden.

Solarsoninjektionen tragen ferner zur objektiv nachweisbaren Gewichtszunahme abgemagerter Menschen bei und können choreatische Zuckungen zum Verschwinden bringen.

Danach glaubt K. die Solarsoninjektionen zur therapeutischen Verwendung in allen Fällen von Arsenindikation empfehlen zu dürfen. **B.**

Personalnachrichten.

— **Görlitz.** Am 14. November starb Oberarzt Dr. Eduard Heß. Derselbe war 13 Jahre lang an der Dr Kahlbaumschen Nervenheilanstalt tätig, unermüdlich in



seiner Pflichterfüllung und Hingabe an die Kranken, die ihn schätzten und verehrten.

— Am 31 Oktober starb an den Folgen einer Blinddarmoperation Dr. **Oskar Kohnstamm** in Königstein im Taunus. Kohnstamm war nicht nur ein Nervenarzt von hervorragenden Fähigkeiten, dessen Sanatorium unter den Fachkollegen einen glänzenden Ruf genoß, sondern auch eine wissenschaftliche Persönlichkeit von überragender Bedeutung. Von der Hirnanatomie und Physiologie ausgehend, hat er später auch auf dem Gebiete der somatischen Medizin der Psychiatrie und der Psychologie Arbeiten geschaffen, die zum Teil von grundlegender Bedeutung sind und ihm einen dauernden Namen sichern. Seine psycho-biologischen Arbeiten, die auf der Grundlage einer umfassenden philosophischen Bildung auch Probleme der Weltanschauung und der Ästhetik berühren, haben ihm weit über den Kreis der Fachgenossen hinaus Anerkennung verschafft. Kohnstamm war, wie Ludwig Edinger in seinem warmherzigen Nachruf hervorhebt, eine wissenschaftlich und menschlich gleichbedeutende Erscheinung mit künstlerischem Einschlag, ein Gelehrter, der jeder Hochschule zur Zierde gereicht hätte.

Das von ihm geleitete Sanatorium wird von seinem langjährigen Mitarbeiter und zweiten Arzt Dr. Wilhelm Kramer weitergeführt.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Neunzehnter Jahrgang. Nr. 39/40. 1917/18

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 39/40. 22. Dezember **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff,** z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

Bei den im ersten Teile dieser Arbeit geschilderten Morden von Familienangehörigen im engeren und weiteren Sinne des Wortes werden wir in der Mehrzahl der Fälle neben den sozialen Motiven doch auch noch auf ethische Antriebe stoßen, welche juristisch zwar keine oder nur geringe Würdigung finden können — wenn sie nicht im Sinne des § 51 pathologisch übertrieben oder entartet sind —, die aber doch immerhin noch einen versöhnlichen Widerhall auslösen können.

Die Mutter, die ihre Kinder mit in den Tod nehmen will, um sie der Not des Lebens oder der Willkür anderer zu entziehen, der Sohn, der für die notleidende Mutter an den nächsten „reichen", „hartherzigen" Verwandten unstatthafte Rache übt, der sich betrogen wähnende Ehegatte, der oder die in ihren heiligsten Gefühlen gekränkte Geliebte haben immer noch einen gewissen Anspruch auf menschliches Mitgefühl, der unter Umständen sehr weitgehend sein kann.

Immerhin fehlt uns bei Nachrichten wie folgende:

Gotha, 27. Juni. Wegen vierfachen Mordes hatte sich gestern die Witwe Paula Pfeiffer aus Gotha vor dem hiesigen Schwurgericht zu verantworten. Sie hatte am 6. und 7. April vorigen Jahres ihren Ehemann und drei ihrer Kinder erschossen und das vierte zu töten versucht. Sie wurde aber freigesprochen, da sie durch das ehebrecherische Verhalten ihres Mannes und die fortgesetzten Mißhandlungen ihrer Person und ihrer Kinder die Tat in einem Zustande krankhafter Geistesstörung begangen hat, die ihre freie Willensbestimmung aufhob.

beim einfachen Lesen zunächst noch manches zu befriedigendem seelischem Ausgleich.

Daß es andererseits vereinzelte Fälle gibt, in denen wiederum unser laienhaftes Gerechtigkeitsgefühl durch die juristische Form, welche eine Verurteilung bedingt, nicht befriedigt wird, wird auch manchmal der Richter verstehen und bedauern können. Bei schwereren Bluttaten wird das außerordentlich selten vorkommen und höchstens nur ein gewisser Anschauungskreis an dem gegebenen Falles verhängten Todesurteil prinzipiellen Anstoß nehmen.

Doch davon wollen wir hier nicht reden.

Ich entsinne mich von früher her aus den Zeitungen eines Falles, in dem bei einem Eisenbahnunglück der Ehegatte seiner zwischen den Trümmern des entgleisten Waggons eingeklemmten Frau kurzerhand den Schädel einschlug, als die um sich greifenden Flammen jeden weiteren Rettungsversuch unmöglich erscheinen ließen.

Die Tat war mit Absicht und Überlegung ausgeführt, soweit sich davon unter dem Zwange und Drange der Umstände sprechen läßt; ich erinnere mich nicht, welchen Ausgang die eingeleitete Untersuchung genommen hat. Daß die weiteren Erhebungen erst die vis major auch in diesem Falle nachweisen mußten, ist mir aber sehr wahrscheinlich.

Schwieriger würde die Sachlage nach unsrer heutigen Rechtsanschauung schon liegen, wenn man in qualvollen, nach ärztlicher einwandsfrei feststehender Bekundung unheilbaren Endzuständen körperlicher Krankheiten eine schnelle und schmerzlose Abkürzung des Leidens herbeiführte. Hier würde der Staatsanwalt bestimmt sein Veto einlegen müssen und selbst im Überlassen des betreffenden erlösenden Mittels zu Händen des Todbereiten zum mindesten eine Fahrlässigkeit erblicken.



Und wie vertrüge sich denn auch das Erlauben einer solchen Tötung eines Menschen selbst mit den Ansichten, die wir über den Selbstmord haben, und mit dem gewissenhaften, oft recht umständlichen Untersuchungs- und Verhandlungsverfahren, das wir dem elendesten Mörder schuldig sind.

Nur die ethnologische und volkswirtschaftliche Ethik hat die Berechtigung, das Prinzip, daß das Leben der Güter höchstes sei, zu durchbrechen; die religiöse hat sie verloren und wird sie hoffentlich nie wiedergewinnen.

In den meisten Fällen vom Morde an Familienangehörigen wird freilich der ethische Faktor auch wieder nur eine nebensächliche Rolle spielen, werden wirtschaftliche oder anderweit soziale Beweggründe doch in erster Linie die Tat ausgelöst haben oder gar jede Spur der Ethik soweit vernichtet haben, daß die Möglichkeit der Anwendung des § 51 allein noch einiges Verständnis auszulösen vermag.

Bei den Morden an Fremden nun finden wir ethische Werte noch weniger als Begleitmotive; wo es sich nicht um mehr oder weniger krankhafte Affekthandlungen handelt, wo nicht menschliche Eitelkeit und Rachgier das Blut aufpeitschen, wird meist der Kampf um den Besitz den goldflitternden Hintergrund abgeben, vor dem sich das blutige Drama abspielt. Dieser Kampf ist so alt wie die Menschheit, und ich glaube nicht, daß er aufhören wird, solange diese besteht. Prophezeiungen, wie sie Bellamy in seinem bekannten Rückblicke aus dem Jahre 2000 niedergelegt hat, haben doch nur einen problematischen Wert. Er selbst spricht ja auch gar nicht davon, daß es nun infolge der Abschaffung von Geld und dessen Äquivalenten keine Verbrecher mehr gäbe, sondern weist sie nur sämtlich als pathologische Individuen in Versorg- und Sicherheitsasyle.

Denn irgend etwas, was Arbeits- und damit Lebenswert besitzt, muß es doch geben, und damit ist und bleibt der Begehrlichkeit, dem Neide, der Habsucht und dem Heere sonstiger menschlicher Leidenschaften Tür und Tor geöffnet.

Was sich vom volkswirtschaftlichen Gesichtspunkte bei dem Morde an Fremden uns in geradezu erschütternder Weise aufdrängt, ist die Leichtfertigkeit, mit der in zunehmender Weise die jugendlichen Elemente beiderlei Geschlechts sich zu blutigen Gewalttaten hinreißen lassen.

Können wir an der weiblichen Geliebtenmörderin jugendlichen Alters immerhin noch verstehen, daß sie für verlorene Ideale, an die sie glaubt oder doch, wie es meistens der Fall ist, auf der Gegenseite erwartet, eine gewalttätige Sühne fordern zu müssen glaubt, die kalte Berechnung, die schon hier manchmal in die Bluttat sich einschiebt, darf kein Verständnis verlangen.

Wir sind über die Zeiten hinaus, in der der soziale Wert des Mannwesens dem Feminium weit voran gestellt wurde, im Gegenteil hat das Weib oft ein gewisses Plus an und für sich auch vor dem Gerichtshofe voraus. — Handelt es sich aber bei dem begangenen Verbrechen um rein materielle Werte, so verläßt das Weib den ihm reservierten Sperrsitz in dem Theatrum mundi.

Wo, wie in dem Falle Sonnenberg und Ullmann (Berlin), zwei Weiber aus reiner Geldgewinnsucht zum brutalen Raubmord an einer Freundin schreiten, kaltblütig bedacht, und eine andere noch in den Verdacht des Mordes bringen, hört jeder mildernde Umstand auf.

Vor allem zeigt unsere männliche Jugend einen bedenklichen Hang, ihre Tatkraft und ihre Sucht nach „leichtem Verdienst" in bluttriefende Bahnen zu lenken. Erst soeben fällt mir wieder eine Zeitungsnotiz der „Dresdener Neuesten Nachrichten" in die Hände.

Teplitz. (Jugendliche Brandstifter und Räuber.) Von der Schutzmannschaft in Eichwald wurden als Mordbrenner die Brüder Joseph und Alois Rossa, Jungen im Alter von 10 und 12 Jahren, verhaftet, die Brandlegungen, Räubereien und Diebstähle verübten. Sie legten u. a. in Vogelsang in Sachsen an zwei Häusern Feuer an und schossen mit einem Gewehr auf ein 17 jähriges Mädchen, weil es ihnen kein Almosen gab. Der Mutter entwendeten sie ein Geldtäschchen mit 65 M und raubten einem Knaben 10 M.

Und wem dies zu weit hinten in der Türkei ist, um ihn zu beunruhigen, den erinnere ich daran, daß u. a. in Frankfurt a. M. heute die Mordtat gegen den 77 jährigen Rentner F. Haymann seine Sühne fand. Derselbe wurde von den beiden jugendlichen Einbrechern erdrosselt. Der 18 jährige Haupttäter wurde zu 12 Jahren Zuchthaus, sein Komplice zu 2½ Jahren Gefängnis verurteilt.

Desgleichen findet sich in den „Leipziger Neuesten Nachrichten" heute:

Mainz, 9. Juli. (Der Bingerbrücker Raubmord.) Wegen des Raubmords an der achtzigjährigen Witwe Stöhr in Bingerbrück wurden drei sechzehnjährige Burschen in Bingerbrück verhaftet. Sie sind geständig.

Ebenso steht im „Waldheimer Anzeiger" dieser Tage:

Ein Lehrling als Raubmörder. Vor dem Rothweiler Schwurgericht hatte sich der Schneiderlehrling August Hildebrand wegen Mordes und Raubes zu verantworten. Der junge Mensch hatte im Dezember aus dem Hause des Zimmermanns Sökler in Eutingen Wertpapiere von rund 17 000 M geraubt, die Frau des Zimmermanns und deren zweijähriges Enkelkind mit



einem Beil getötet und darauf das Wohnhaus in Brand gesteckt. Das Gericht verurteilte den Angeklagten zu 15 Jahren Zuchthaus.

Und das sind leider keine so ganz außergewöhnlichen Meldungen.

Geld, Geld und Geld! Um jeden Preis und ohne jede Rücksicht Geld zur Befriedigung unnatürlicher frühzeitiger Wunschbegierde; das ist die Losung, die uns hier entgegenspringt. Natürlich werden sich alle Kreise lebhaft dagegen verwahren, etwa „solche" Wünsche groß zu züchten oder ihre unreife Betätigung zu begünstigen.

Daß aber vor den Lohn erst die Arbeit gesetzt werden muß, oft die Arbeit von Generationen, das will unserer schnellebigen Zeit nicht immer in den Sinn. Und im Kinde siehst du dein Spiegelbild, in der Jugend ein Volk seine Fehler — wenn es will. Aber daran fehlt es heute vielfach.

Wir erziehen uns und unsere Nachkommenschaft weniger zum Willen als zum Wünschen — empfinden Pflichten gar zu gern als Last und Rechte als Beschränkung.

Gewiß hat diese blutige Zeit fürs erste uns gezeigt, daß die Kraft zum Wollen in unserem Volke noch lebt, und diese Kraft setzt eine Welt in Bewegung. Aber die Wünsche werden kommen, wenn im Volke der Frieden den Burgfrieden aufhebt, und die Welt wird gegen uns bleiben wie sie es war.

Möge uns dann in unserer Jugend ein Wille erwachsen, der des Spruches gedenkt τῆς δ'ἀρετῆς προπαροῖθεν θεοὶ ἱδρῶτα ἔθηκαν.

Und auch da steht unsere Zeit unter einem bedenklichen Zeichen: sie macht es der Jugend zwar einerseits zur Notwendigkeit, mehr denn je Hand zu eigenem Erwerb anzulegen, aber — sie gewöhnt sie auch an Einnahmen, die, wenn sie auch nicht immer ganz abnorme Höhen erreichen, doch denen normaler Zeiten nicht entfernt gleichen und ungünstigeren Verhältnissen wieder Platz machen werden müssen.

Gewiß soll der eingeführte Sparzwang hier die gröbsten Schäden beseitigen — sehr zum Verdruß gewisser Kreise, welche in der Behinderung die „Konjunktur auszunutzen" einen Eingriff in die Rechte des „Individuums" sehen — daß der Appetit mit dem Essen kommt, werden wir noch sehen müssen. Es wird sich auch hier zeigen, daß die Wünsche eben schneller wachsen als Wille und Können, und selbst wenn man der Jugend weitgehende Genußfreudigkeit zugesteht, selbst wenn man ihr glaubt, daß ihre Arbeitsgroschen nicht restlos in Schokolade, Bier, Kino und sonstigen Näschereien draufgehen, die ganze Sache hat doch ein zu ernstes Gesicht, um mit einem mehr oder weniger gut honorierten Leitartikel abgemacht zu werden.

Wenn, wie ich es bei einem meiner Streifzüge durch Leipzig einmal flüchtig zu beobachten Gelegenheit hatte, eine Rotte von etwa acht bis zehn höchstens 16 jährigen Burschen mit zwei Mädels gleichen Alters um eine Bowle versammelt sind und sich dem Anblicke intimster weiblicher Reize hingeben — welche ihnen einer der „Führer" an den „Damen" erläutert, so ist das eine Verwendung der Gelder, die gewiß nicht zu billigen ist. — Aus guten Kreisen stammte die Tafelrunde nicht. — Und wieviel jugendlicher Arbeitsverdienst mag in den Taschen der Straßendirnen verschwinden, wieviel auf dem Tanzboden oder dessen Surrogaten. Das was „leicht gewonnen, leicht zerronnen" ist, dafür hier nur ein kurzes Beispiel aus den letzten Tagen.

Einem Gaste in einer Wirtschaft in Leipzig fiel das Gebahren zweier junger Leute auf, die beide trotz ihrer Jugend recht reichliche Zeche machten und sich auch gegenüber den bei ihnen sitzenden Frauenspersonen recht freigebig zeigten. Er bezeichnete die Pärchen der Polizei, die sich die lockere Gesellschaft näher vornahm. Im Besitze des einen 16 jährigen Burschen fand man über 1100 M, bei dem anderen gleichalterigen 75 M vor. Das Verhör ergab, daß sich beide auf einer Vergnügungsfahrt von Chemnitz befanden. Der eine hatte dort im Februar dieses Jahres seinem Geschäftsherrn 1500 M gestohlen und diese bereits mit sechs Wochen Gefängnis gesühnt. Es war ihm damals gelungen, von dem veruntreuten Gelde 1100 M beiseite zu bringen. Jetzt hatte er nun den Entschluß gefaßt, mit seinem Freunde die Summe durchzubringen. Die Ausführung ihrer Pläne ist ihnen nun durch ihre Festnahme vereitelt worden.

Neben dem verhältnismäßig leichten Geldverdienst besteht aber als größere, weil bleibende Gefahr noch die andere: das leichte Geldausgeben. Das erstere wird sich verlieren, das zweite nicht verlernen, zumal wenn ein doch schließlich zu erwartender Rückgang der Preise wenigstens teilweise die Ware „ach so billig" macht. — Aus Gelegenheitskäufern werden aber leicht Gelegenheitsmenschen, und daß „die Gelegenheit Diebe macht", ist auch mehr wie ein altes Sprichwort, wenigstens für einen, der Hunderte von Menschen unter den Händen hatte, deren erster Schritt auf der Verbrecherlaufbahn Eigentumsvergehen waren.

Nur wer die Arbeit achtet, wird auch das durch Arbeit Erworbene achten, und wenn das Kapital auch anders arbeitet, wie Erfahrung, Kraft und andere Grundwerte unseres Wirtschaftslebens, so danken wir Deutschen diesem Kapital in diesem Kriege wirklich doch zu viel, um zu vergessen, daß auch mit Geld nützlich umzugehen gelernt sein



will. Wer darum den Haß gegen den Besitz in unserer Jugend bewußt groß zieht, begeht ein Unrecht an ihr, er vergiftet Urteilsfähigkeit ebenso gewissenlos wie der Zeilenschreiber jener Hintertreppenromane, in denen der Bankier X. oder die Gräfin Y. oder der unvermutet reiche Leiermann Z. keinen besseren Gebrauch von ihrem Gelde zu machen wissen, als sich zu amüsieren oder zusammenscharren, bis sie in spannendster Weise ihres irdischen Gutes auf mehr oder weniger gewaltsamen Wege beraubt werden. Daß viele dieser Sensationsschriften Übersetzungen sind oder als solche reisen, könnte allein schon zeigen, wer an dieser Versuchung unserer Jugend das größte Interesse hat und begreiflicherweise haben muß.

Gewiß hat Albert Fellisch in der „Volksstimme" vom 18. Mai 1916 zweifellos recht, wenn er schreibt: „Noch zu keiner Zeit ist es uns so deutlich zum Bewußtsein gekommen, welche Bedeutung für ein Volk seine Jugend hat, als gerade in diesem Kriege. Was die Väter jetzt in opfermütigem Todeskampfe draußen verteidigen und erringen, das soll die Jugend einst wahren und erhalten. Die vielen schweren Pflichten, die auf den Männern lasteten, die jetzt zu Tausenden auf blutiger Walstatt sterben, müssen von unserer Jugend mit übernommen werden. Glücklich ist daher ein Volk, das mit Liebe und Vertrauen auf seine Jugend blicken kann."

Auch darin will ich ihm noch folgen, daß man nicht in „jeder freien und fröhlichen Betätigung unserer Jugend ein Zeichen der Verrohung und in jeder Äußerung jugendlichen Übermutes ein Merkmal der Entartung" zu sehen hat.

Der Ältere braucht aber noch nicht „ganz sicherlich vergessen zu haben, welche Torheiten und Streiche er einst selbst mit viel Vergnügen begangen hat, zu der Zeit, als ihm noch die Nachtigallen dort sangen, wo er jetzt nur noch die Grillen zirpen hört", wenn er in dieser Zeit der Jugend eine ernstere Lebensauffassung wünscht und nahelegt.

Wenn er darüber dann aber klagt, daß man daraus, „daß der Jugendliche gezwungenerweise spart, die Folgerung ziehen könnte, es sei dem Arbeiter bei gutem Willen sehr wohl möglich, mit viel weniger Verdienst auszukommen" und daher auch die erwachsenen Arbeiter ein großes Interesse daran hätten, sich gegen den Sparzwang der Jugendlichen zu wenden, so wird eine solche ernstere zeitgemäße Lebensauffassung gewiß nicht angestrebt.

Viel richtiger wäre es, die Jugend zur Ausnutzung der „Arbeitskonjunktur" in der Weise aufzufordern, den Ausfall so vieler geschulter Kräfte auf dem Schlachtfelde durch Aneignung möglichst großer Leistungsfähigkeit zu ersetzen, denn die Zukunft braucht ihre Kräfte, und jeder Arbeiter ist seines Lohnes wert.

Der Kernpunkt seiner Ausführungen liegt in dem Satz: „Die jungen Leute aber zur völligen Anspruchslosigkeit trotz aller Arbeit und Mühe zu erziehen, das können vor allem auch die deutschen Arbeiter nicht wollen, denn darin läge für sie eine soziale Gefahr" (!); damit tritt einseitig-zielbewußt Tendenz so offen zutage, daß diese Art der Jugendfürsorge einen volkswirtschaftlichen Wert nicht mehr für sich in Anspruch nehmen kann.

Da klingt es bei einem wirklich sozialen Mitkämpfer aus dem eisernen Kriege (H. Dietze-Lang) doch schon etwas anders.

„Wir kämpften für uns're Frauen daheim,
Für unsere Kinder im knospenden Keim,
Für unser Deutschland, für Freiheit und Recht,
Und trauten verblutend dem Zukunftsgeschlecht",
heißt es da.

Das ist ein anderer Ton.

Da klingt etwas vom Kampf und Mühe, von Leiden und Tod hindurch, die einer besseren Zukunft Bahn brechen sollen, und etwas von einem Geschlecht, das diese Arbeit und dieses Streben bewertet und seine Früchte verteidigen will.

Dazu gehört aber, mag es ruhig noch einmal gesagt sein, ein ernster und ehrlicher Wille und ein kraftvolles Können. Dazu gehört aber auch, daß man den Schädigungen gegenüber, die nun einmal bestehen und auch nach dem Kriege weiter bestehen werden, die Augen nicht verschließt.

Und da ist eben die größte jenes uferlose Wünschen und Verlangen nach Genuß, Rechten und Freiheiten, denen kein Kampf vorausgeht, und die jedem zufallen sollen, weit ehe Alter und Erfahrung Geist und Körper gekräftigt haben, die in ihnen ruhende Last zu tragen.

Die Jugend sieht an und für sich schon nur das Lockende und Glänzende irdischer Genüsse; um so mehr, je weniger sie die Schwierigkeiten, es zu erlangen und zu erhalten, kennt.

Das zeigt sich beim Verbrecher deutlich genug. Die Zahl derer, welche in gereifterem Alter noch zum Diebe oder Raubmörder werden, ist verhältnismäßig gering; die Anfänge der Eigentumsvergehen ernsterer Art liegen oft im erschreckend jugendlichen Alter und es ist erstaunlich, um welch oft lächerlich geringfügiger Geldsummen willen ein Menschenleben unter Mörderhänden verbluten muß.

Ohne zu verkennen, daß auch unsere Jugend in dieser Zeit oft ein erfreuliches Maß von Selbstzucht zeigt, kann ich doch an der Tatsache, daß



gerade unter den Verbrechen gegen das Leben in meiner Anstalt sich sehr viel jugendliche Individuen befinden, ebenso wenig achtlos vorübergehen als an den Blättermeldungen der Tagesereignisse.

Und daß die nach dem Verlassen des Schulzwanges oft einsetzende verhältnismäßig große Freiheit, eventuell ein jetzt verhältnismäßig hoher Eigenverdienst und unklug unterstützte Selbstbestimmungsrechte in unfertigem Alter nicht unbedenkliche Faktoren der Entwicklung werden können, darf man auch innerhalb des Burgfriedens sagen. Und wer gar, wie Fellisch, in dem „Sparzwang der Jugendlichen" mehr als eine berechtigte Fürsorge sieht, wer eine „Beschränkung der Ausbeute der Kriegskonjunktur" durch den Jugendlichen da hinein tendenziert, strebt nicht darnach, die heranwachsende Energie dem sozialen Gemeinschaftsleben nützlich zu machen, sondern geht politischen oder gewerkschaftlichen Sonderzwecken nach. Er züchtet eben lediglich Wünsche — und diese in zielbewußter Absicht.

Wenn aber der durch diese „Konjunktur" geweckte Hunger nach unzeitigen Lebensgenüssen und unlauteren Erwerbsquellen sucht, wer ist dann daran schuld? —

Manche unserer Internierten wissen eine Antwort darauf zu geben.

Der kurze Ausspruch: „Das ‚Du' im Zuchthause ist die Nemesis für den Mißbrauch des ‚Ich' in der Freiheit" ist eine Probe davon.

(Fortsetzung folgt.)

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

Zur operativen Behandlung der Epilepsie. Von A. Boettiger (M. m. W. 1916 Nr. 24).

Daß die Behandlung der traumatischen Epilepsie unbedingt eine operative sein muß, sei jetzt wohl allseitig anerkannt. Vereinzelte ungünstige Erfolge haben ihre Ursache namentlich darin, daß die operierten Fälle vorwiegend veraltete waren. Günstige Erfolge operativer Behandlungen sind um so eher zu erhoffen, je kürzere Zeit die Epilepsie besteht. Die zwar nur hypothetische, aber klinisch sehr verständliche epileptische Veränderung der Hirnrinde im Sinne Nothnagels darf noch nicht eingetreten sein; sie ist offenbar operativ nicht mehr zu beeinflussen.

Über die Ausdehnung der erforderlichen Operation bestehen verschiedene Meinungen; generelle Vorschriften werden sich nie aufstellen lassen, meist wird es sich während der Operation herausstellen, wie weit sie zu gehen hat. In Boettigers Falle genügte es, die Duraverwachsungen zu lösen und das Ödem der weichen Häute zu beseitigen. Von Fetttransplantation vor Schluß der Wunde wurde abgesehen, die herausgemeißelte Knochenplatte ist zurzeit noch beweglich und erscheint gegen die Umgebung etwas eingesunken, ein Zeichen dafür, daß auch nicht eine Spur von Hirndruck mehr vorhanden ist.

Boettiger hat noch mehrere Fälle von Epilepsie nach Schädelschüssen beobachtet, die von anderer Seite voraussichtlich publiziert werden. Auch in diesen Fällen ist der Erfolg einer frühzeitigen Operation ein absolut guter gewesen. Er hat stets eine möglichst frühzeitige operative Inangriffnahme dringend befürwortet. Andererseits verfügt er über Beobachtungen von traumatischer Epilepsie bei Kriegsverwundeten, deren Anfälle schon monatelang bestehen, die nicht operiert worden sind. Und da sei ganz auffällig, wie merkwürdig schnell bei diesen Patienten ein weitgehender Verfall der geistigen Kräfte einzutreten scheint.

Im Interesse einer möglichst frühzeitigen operativen Behandlung liege es, auf vorherige versuchsweise Anwendung von anderen Behandlungsmethoden zu verzichten.

Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Von Fritz Kaufmann (M. m. W. 1916 Nr. 22).

K.s Vorgehen setzt sich aus vier Komponenten zusammen

1. suggestiver Vorbereitung,
2. Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme von reichlicher Wortsuggestion,
3. strengem Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses, und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform,
4. unbeirrbar konsequenter Erzwingung der Heilung in einer Sitzung. (Näheres siehe Psych.-Neurol. Wochenschr. 1917/18 Nr. 18 bis 20.)



Nach M. Brandes (Kiel) (Über Basisverletzungen bei Tangential-, Rinnen-, Segmental- und Steckschüssen des Schädels; M. m. W. 1916 Nr. 23) sind mehr als einfache Tangential-, Segmental- und Steckschüsse vom Tode bedroht wegen der größeren Einwirkung auf das Gehirn, der höheren Infektionsgefahr, ungünstigerer Gestaltung der Wundverhältnisse, Verblutungsgefahr usw. Diese anhaltend tief Bewußtlosen bedürfen in Pflege und Ernährung besonderer Wartung und sind gegenüber vielen anderen, welche sich selbst helfen können, benachteiligt — ganz abgesehen von den durch den bewußtlosen Zustand sonst noch bedingten Gefahren, wie Schluckpneumonien, Dekubitus usw. Einige einschlägige Fälle und die operativen Maßnahmen sind im Original mitgeteilt.

Professor F. Hartmann, Vorstand der Universitäts-Nervenklinik in Graz (Übungsschulen für „Gehirnkrüppel"; Mitteilungen des Vereines der Ärzte in Steiermark, Juli 1915):

Von den (chirurgisch) „Geheilten" kann nur eine verschwindende Minderzahl auch als substantiell und funktionell geheilt bezeichnet werden; man kann sie mit dem Sammelnamen „Gehirnkrüppel" bezeichnen, zum Unterschied von den „Gehirnsiechen" nach Gefäßverletzungen, Entzündungen, Geschwülsten usw.

Beim „Gehirnkrüppel" handelt es sich um einen abgeheilten Prozeß am Gehirn, eine Narbe, ohne Progression der Schädigung am Gehirne und der entstehenden Funktionsstörung, einen Ruhezustand mit Funktionsdefekt.

Ein rüstiges, strukturell meist nicht disseminiert oder diffus geschädigtes Gehirn ist aller Erfahrung nach in seinen Leistungen enorm restitutionsfähig.

Getrennte Bahnen und Zentralstätten können auf anderen intakten Wegen strukturell und funktionell noch in Beziehung treten. Für mehr minder ausgeschaltete Hirnregionen können funktionell verwandte eintreten und allmählich die Funktionen übernehmen. Entstandene Defekte können durch Mehrarbeit und Anpassung anderer Regionen so ersetzt werden, daß praktisch genommen der Defekt gedeckt wird.

Lernen und Üben wurde bei den motorischen Störungen der Projektionsbahnen (Hemiplegie), allenfalls noch bei den motorischen Sprachstörungen des späteren Lebensalters da und dort, allerdings bisher nicht nach bestimmten Grundsätzen, versucht.

Neu ist es, wenn wir durch Lernen und Üben von durch Verletzung im rüstigen Lebensalter entstandenen defekten Hirnfunktionen, gegründet auf das eben Dargelegte und die wertvollen Erfahrungen aus dem Gebiete des Hilfsschulunterrichtes für Schwachbegabte und der modernen Pädagogik eine Therapie der Gehirnverletzungen und ihrer Folgezustände zu schaffen suchen.

Hartmann hat daher eine Übungsschule für Sprachkranke und andere Gehirnverletzte an seiner Klinik geschaffen.

Es wird dabei u. a. angestrebt, die elementaren Perzeptions- und Apperzeptionsleistungen, die sinnlich-räumlichen Orientierungsleistungen und die Merkfähigkeit auf den einzelnen Sinnesgebieten zu wecken, zu üben oder neu zu schaffen, die einfache Begriffsbildung von den Sinnesleistungen her zu üben, aufzubauen und, wo Defekte vorhanden sind, durch Lernen neu zu schaffen, zu kräftigen, die zerfallenen oder behinderten lückenhaften oder zu pathologischer Verknüpfung gelangten Assoziationen zwischen den Merkmalen der Begriffe, den Begriffskombinationen einerseits, diesen und den Elementen der Sprachleistungen andererseits wieder in Gang zu setzen und die vorhandenen Defekte oder Dissoziationen durch Lernen und Üben wieder herzustellen.

Stadtschulinspektor kais. Rat Josef Göri, der fachliche Leiter des städtischen Schulwesens in Graz und Mitschöpfer hervorragender Schuleinrichtungen, hat sich zunächst persönlich der Mühe der Mitarbeit unterzogen.

Hartmann ging dann daran, die Einrichtung in größerem Stil auszugestalten.

Er kann nach den bisherigen Erfahrungen die Einrichtung von Übungsschulen für Gehirnverletzte an den Kliniken für Nervenkranke aufs wärmste befürworten.

In einer II. Mitteilung veröffentlicht Hartmann auf Grund der Erfahrungen an den seither an seiner Übungsschule für Sprachkranke und Gehirnverletzte der k. k. Nervenklinik in Graz in Behandlung genommenen 45 Fällen zunächst einige wichtige allgemeine Gesichtspunkte.

Fast jede Schußverletzung des Gehirns ist neben etwaigen Ausfallserscheinungen der verschiedenen topographisch bekannten (einschließlich der rein motorischen) Gebiete von Störungen allgemeiner Natur gefolgt (der Merkfähigkeit, der Assoziationsfunktionen, auch der Rechenleistungen im speziellen), welche die herdförmige Schädigung des sensorischen Sprachapparates an Intensität weit übertreffen und zu einer „Dissoziation der Vorstellungen" (Wolff, Physiologie und Psychologie der Sinnesorgane, 1897) höchsten Grades führen können.

Keine Hirnherderkrankung ohne psychische Defekte.

In jedem nur einigermaßen von Störungen betroffenen Falle beginnt die pädagogische Schulung mit den untersten Stufen des Schulunterrichtes (Apperzeptions-, Assoziationsübung, Merkübung von den verschiedenen Sinnessystemen unter fortwährender Heranziehung der sinnlichen Anschauung, unter steter Neubildung der assoziativen Verbände und durch eine der schulgemäßen Entwicklung und Ausgestaltung vollkommen angepaßte Übung der Begriffsbildung und Begriffszerlegung, Sprech-, Lese-, Schreib-, Sprach- und Anschauungsübungen, Nacherzählen, schriftliche Wiedergabe, Auswendiglernen, Rechenübungen unter fortwährendem Hinweise auf über-, unter- und beigeordnete Begriffe und Vorstellungsreihen).

Nur bei diesem von den ersten Anfängen der Elementarschulen ausgehenden Lernen werden Defekte untersuchungstechnisch aufgedeckt, die auf anderem Wege, zumal den sonst üblichen klinischen Methoden, nicht gefunden werden und dann fortdauernd störend die Schulung beeinflussen.

Es handelt sich also darum, den gesamten geistigen Besitzstand an Vorstellungsmaterial zu revidieren, soweit er geschädigt ist, pädagogisch neu zu bilden und mit diesem Materiale alle Einzelleistungen geistiger Tätigkeit funktionell therapeutisch zu beeinflussen.

Bei zerebralen Erschöpfungszuständen, bei denen nicht die Qualität der Leistung, aber ihre Dauerhaftigkeit und die Leistung in der Zeiteinheit geschädigt sind, fördert systematische im Einvernehmen mit dem Pädagogen individuell dosierte Übung der geistigen Leistungen den Heilungsprozeß wesentlich.

Auch die nach Chokwirkung und zerebralen Kommotionen oder Schrapnellwirkungen entstandenen (sogen.) funktionellen Sprachstörungen werden nach obigen Gesichtspunkten behandelt.

Hartmann ladet zu einem etwa 14 tägigen Besuch seiner Klinik ein, während dessen alle Unterrichtsmethoden und bisherigen Ergebnisse studiert werden können.

Oser (Wien) demonstrierte einen Patienten, der wegen Tangentialschusses der linken Hinterhauptschuppe in anderen Spitälern zweimal trepaniert wurde. Seine Verwundung erlitt er im Juni 1915. Nachdem derselbe schon einige Monate in bester Gesundheit im Lager verbracht hatte, traten eines Tages plötzlich heftige Kopfschmerzen und Doppeltsehen auf. Am Tage darauf, am 30. April 1916, wurde der Patient eingeliefert. Es bestand linksseitige Abduzens- und Fazialislähmung, Anisokorie der Pupillen, heftiger Kopfschmerz mit Nackenstarre und ein schwacher Puls von 48. Temperatur unter der Norm.

Entsprechend der alten Trepanationsstelle wurde in Lokalanästhesie eingegangen. Etwas Eiter sickerte aus der inzidierten Kopfschwarte heraus. Die Probepunktion des Gehirns zeigte einen 1,5 cm tief gelegenen Abszeß an. Nach Eröffnung desselben wurden mindestens acht bis zehn Eßlöffel übelriechenden Eiters unter hohem Druck entleert und ein erbsengroßes Schrapnellstück entfernt. Nach Dränage der Abszeßhöhle mit einem Docht, wobei bei der Behandlung immer auf das Offenhalten der Abszeßhöhle gesehen wurde, gingen die früher erwähnten meningealen Reizerscheinungen vollständig zurück. (Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 33.)

Aschaffenburg (Lokalisierte und allgemeine Ausfallserscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten; Halle a. S. 1916) betont das häufige weitgehende Mißverhältnis zwischen der äußerlich erkennbaren Schädigung und den organischen Ausfallserscheinungen. Ohne Gestaltveränderung der Schädelkapsel und bei unverletztem Schädel können durch Anschleudern des Gehirns gegen den knöchernen Schädel Quetschungen und Zerstörungen der Gehirnsubstanz zustandekommen. Bei jeder Schädelverletzung und Gewalteinwirkung auf den Schädel muß an Fernwirkung in entlegeneren Hirngegenden gedacht werden. Bei Granatexplosionen besteht gewöhnlich Emotion und Kommotion. Bei Luftdruckwirkung durch Granat- oder Minenexplosion lassen sich fast in jedem Falle noch nach langer Zeit Andeutungen zweifellos organischer Veränderungen des Zentralnervensystems, wenn auch nicht immer erheblicher und großenteils vorübergehender, feststellen, wie Aschaffenburg durch mehrere Reihen von Untersuchungen nachgewiesen hat. Es ist notwendig, das ganze Gehirn mit Röngenstrahlen auf feinste Granatsplitterchen, die neben gröberen durch die Wunde oder allein und ohne erkennbare äußere Verletzung ins Gehirn gelangt sind, zu durchsuchen, und zwar besonders bei hartnäckigen, unbestimmten subjektiven Beschwerden. — Bemerkenswert ist, daß spontane und auch passive Bewegungen in gelähmten oder geschädigten motorischen Hirnteilen Jacksonsche Epilepsie hervorrufen können, was auf einen, vielleicht operativ zu beseitigenden Reizherd weist. Daß Symptome bei Ablenkung schwinden oder geringer werden, ist kein Zeichen der Übertreibung oder Vortäuschung, bei psychogenen Symptomen sogar selbstverständlich. — Hemianopische wissen zuweilen nicht, daß



sie halbseitig blind sind, sie klagen nur über undeutliches verschwommenes Sehen und Nebel vor den Augen; von dem sonst nicht mehr erregbaren Gesichtsfeld bleibt meist in der Gegend des schärfsten Sehens ein Teil erhalten, das sogenannte „überschüssige Gesichtsfeld". Meist bestehen Gesichtsfeldausfall und Seelenblindheit nebeneinander. Bei den aphasischen, amnestischen, agnostischen und apraktischen Störungen, die je nach Beruf des Betroffenen selbst bei geringem Umfang hinderlich sein können, sind auch die erst bei besonderer Anstrengung oder erhöhter Anforderung oder bei Ermüdung oder in Aufregung zutage tretenden sogen. „latenten Defekte" beachtenswert. Zuweilen geht das optische Reproduktionsvermögen verloren. Bei dem Ersatz verlorener Fähigkeiten durch funktionellen Ausgleich sind Grenzen durch die spezifische Veranlagung des einzelnen gezogen; jemand mit visuellem Merktypus wird bei Schädigung desselben schwer Ersatz durch das akustische Merkvermögen erwerben.

Zur Wiederherstellung der vollen Erwerbsfähigkeit und Lebenstüchtigkeit sind die Ersatzmöglichkeiten zu sehr beschränkt; auch die Spätfolgen und allgemeinen Störungen, Epilepsie, Spätabszesse, traumatische Neurose, bleiben oft nicht aus. Letztere definiert Aschaffenburg sehr treffend als eine eigenartige seelische Reaktion auf Erlebnis und Folgen des Unfalls. Er findet die Geneigtheit vieler Ärzte und Behörden, in jedem Unfallneurotiker einen Rentenjäger oder Schwächling zu sehen, „beschämend" „angesichts typischer Unfallneurosen bei Soldaten, deren Rente ohnehin schon wegen einer sonstigen schweren Verstümmelung dauernd gesichert ist, oder für deren Vermögenslage die zu erwartende Rente keine Rolle spielen kann, bei Verwundeten, deren Tapferkeit im Felde jeden Verdacht der Schlaffheit und Feigheit ausschließt, angesichts von Fällen, bei denen das psychische Trauma gerade darin besteht, daß die Geschädigten infolge der Verletzungen nicht mehr ins Feld zurückkehren können". Spätepilepsie ist bei nicht oder nicht ausreichend operierten Fällen häufiger. Die Möglichkeit späterer epileptischer und epileptoider Zustände schwebt wie eine dunkle Wolke über dem Geschick aller Schädelverletzten. Zur Diagnose eines latent sich entwickelnden Hirnabszesses ist die Lumbalpunktion zu empfehlen.

Als Allgemeinstörungen nach Schädelverletzungen führt Aschaffenburg an: Kopfschmerzen, Kopfdruck, Neigung zu Kopfkongestion und Schwindel, selbst mit Nystagmus, bes. bei Lagewechsel und Bücken, Alkohol-, Hitze- und Affektintoleranz, beschleunigter, unregelmäßiger Puls, systolische Geräusche, niedriger, selten erhöhter Blutdruck (ohne Vergrößerung des Herzens), Beklemmung und Atemnot bei geringer Anstrengung, Hautnachröten, Zyanose der Hände und Füße, leichter Schweißausbruch, Erregungszustände, Stumpfheit, Weinerlichkeit, schlechter Schlaf, schnelles geistiges Ermüden, letzteres leicht nachweisbar, wenn man den Kranken eine halbe Stunde Zahlen addieren läßt, aber auch schnelle körperliche Erschöpfung. Schädelverletzte müssen besonders lange vor Anstrengungen behütet werden. Die erhöhte Ermüdbarkeit läßt die Kranken nicht zum vollen Erwerb kommen; dazu kommt die Merkschwäche, die Vergeßlichkeit, die die Einarbeitung in einen neuen Beruf besonders hindert. Aufmerksamkeit, Auffassung und geistige Verarbeitung, die Sicherheit sind ebenfalls beeinträchtigt. Ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit heilt kaum ein Fall von Schädelverletzung aus; und diese Beeinträchtigung ist im allgemeinen größer, als man anzunehmen gewohnt war; häufiger merken es die Betroffenen wegen ihrer Urteilsschwäche selbst nicht. Dazu kommen Gemütsstumpfheit, Unselbständigkeit, Mangel an Interesse und Betätigungsdrang, daneben Reizbarkeit und Neigung zu Zornausbruch und Gewalttätigkeit, Überempfindlichkeit; andererseits Verstöße gegen Schicklichkeit, Schamlosigkeit, Egoismus, ethische Defekte usw. — kurz eine Umwandlung der Persönlichkeit in ungünstigem Sinne. Nur in verschwindend seltenen Fällen wurde durch Operation Besserung dieses traurigen Zustandes erzielt. Man darf nicht damit rechnen, daß bei vielen der Zustand sich mit der Zeit von selbst bessern wird, und die Erfolge der Heilmaßnahmen sind recht geringe, wenn auch nicht gerade entmutigend. Diese Gehirnverletzten finden bei der Mitwelt nicht das volle Verständnis für ihr Leiden und ihre Leistungsfähigkeit wie Amputierte, ihre geistige Verfassung wirkt vielmehr meist abstoßend; es werden zu große Ansprüche an ihre Leistungen gestellt. Aschaffenburg hält daher die Schaffung von Beratungsstellen für Nervenkranke für nötig, die in solche größere Städte gelegt werden sollen, wo jegliche fachärztliche Hilfe stets zur Verfügung ist; Aufenthalt daselbst durchschnittlich 14 Tage, dann gegebenenfalls Behandlung in einer ländlichen Nervenheilstätte, und bei solchen, die nicht mehr allein durch die Welt kommen, Heimstätten mit der Möglichkeit zur nützlichen Betätigung der noch vorhandenen Kraft und Fähigkeit.

Traumatische Epilepsie nach Schädelschuß. Von Ph. Jolly, Halle a. S. (M. m. W. 1916, 40).



Bei 78 chirurgisch geheilten Schädelschüssen mit Verletzung des Knochens trat 15 mal traumatische Epilepsie auf, der erste Anfall in der Regel innerhalb etwa 10 Monaten nach der Verletzung, im Durchschnitt nach 6 Monaten. Traumatische Epilepsie entwickelt sich besonders bei den schweren Schädelschüssen, die einen Schädeldefekt mit Pulsation behalten (unter 15 bei 7 Fällen) und mit grob organischen Symptomen verbunden sind. Die Stelle der Schädelverletzung scheint für das spätere Auftreten von Krampfanfällen ganz belanglos zu sein. Unter den Fällen, bei denen es nicht zu Anfällen kam, überwogen etwas die Verletzungen des Hinterkopfs. Die Prognose der Trepanation ist fraglich.

Die Erwerbsfähigkeit ist in der Regel schwer geschädigt, und zwar nicht nur durch die Epilepsie, sondern auch die anderen allgemeinen und durch Herderscheinungen bedingten Folgen des Schädelschusses.

In „Aufgaben und Organisation der Hirnverletzten-Fürsorge" (Leipzig 1916, L. Voß) teilt W. Poppelreuter die Erfahrungen aus der Nervenstation für Kopfschüsse in Köln mit, welcher auf Anregung des Landesrats Dr. Horion die rheinische Provinzialberatungsstelle für Kopfschußverletzte angegliedert ist. Fast in jedem einzelnen Falle ist die wissenschaftlich praktische Prüfung der Arbeitsfähigkeit in der Werkstätte nötig. Ebenso wie Störungen des Sprechens, Lesens, Schreibens usw. durch Unterricht übbar sind, so auch Lähmungen, Geschicklichkeitseinbußen usw. durch systematische, passend gestaltete Werkstättenarbeit; in Betracht kommen nur chirurgisch abgelaufene Verletzungen. Ganz schwere Fälle der pädagogisch behandelbaren Störungen des Sprechens, Schreibens, Lesens, Rechnens usw. erhalten Einzelunterricht, schwere Gruppen-, mittelschwere und leichtere Klassenunterricht. Bei ganz schwerer motorischer Aphasie sind Übungen ähnlich wie bei Taubstummen nötig, Mund- und Zungenstellungen werden gezeigt und nachgeahmt, um die einzelnen Laute und Worte zu üben. Da bei motorisch Aphasischen meist die rechte Hand gelähmt ist, wird Linksschreiben geübt. Sehr förderlich ist Aufsatzschreiben nach Kinofilms, die mit dem kleinen Ernemann-Kino vorgeführt werden. Störungen des Sprachverstehens werden behandelt durch Vorsprechen langsamer und kurzer Sätze, meist nach Anschauungsbild und Lesestück, durch Ablesen vom Munde und durch Diktat, Störung des Lesens durch Lautieren und Zusammenziehen, bei halbseitiger Blindheit und Störung in der Direktion der Blickbewegungen unter Benutzung von Lesestäbchen. Behandelt werden ferner Störungen des Rechnens und durch Verlust der Buchstabenformen bewirkte Schreibstörungen. Die Seelenblindheit ist ungemein übbar durch systematische Gewöhnung an das beobachtende Sehen mittels Anschauungsbilder und Kinofilms. Auch die allgemeine Wissenseinbuße, den Verlust des früher Gelernten versucht man zu beseitigen durch entsprechenden Unterricht. Auch bei den Hirnverletzten, die über ein Jahr in dieser Behandlung standen, hat sich ein stetig weitergehender Erfolg gezeigt und man darf deshalb, nach Poppelreuter, von einer jahrelang fortgesetzten Behandlung nur Gutes erwarten. Selbstunterricht muß möglichst mitwirken. Gelegentlicher und stundenweiser Unterricht nützt wenig; er muß schulmäßig betrieben werden. Ermüdbarkeit macht sich nur in der ersten Zeit geltend. Es empfiehlt sich, nach psychologischen Methoden die erzielten Erfolge zu messen.

Was die handwerkliche Arbeit anlangt, so wird bei ganz schwerer Lähmung des Armes von jeder Übung abgesehen, weil schon nach nur minutenlangem Üben starke Vorwölbung des Gehirns aus dem Schädeldefekt und Kongestion und fast durchweg erhebliche Beschwerden, besonders Kopfschmerzen, selbst auch wohl epileptische Erscheinungen auftreten und der Erfolg gering ist; statt dessen wird der gesunde Arm ausgebildet, der, bei der nicht ganz strengen Trennung der beiderseitigen Gehirnversorgung, auch schwach und ungeschickt ist, besonders der linke bei Lähmung des rechten. Schwere Lähmung des Arms bedeutet eine erheblichere Einbuße als Verlust desselben. Wegen der übrigen Beschwerden empfiehlt es sich weniger, mit dem gesunden Arm eine komplizerte Festigkeit an Spezialmaschinen erlernen zu lassen, sondern es ist eine einfache Arbeit vorzuziehen, z. B. Blockschrift zum Adressieren von Paketen und Kisten. Auch bei leichteren Lähmungen rufen Prüfungen der Kraft und Ausdauer zuweilen epileptische Zuckungen hervor. Die Ermüdung in der leicht gelähmten Hand ist zumeist — gegen Erwarten — nicht stärker als in der gesunden. Je nach dem Bereich der (mittelschweren) Lähmung ist die zu erlernende Fertigkeit auszuwählen. Leichte Lähmungen bedürfen keiner besonderen systematischen Übung. Die handwerkliche Übungsbehandlung, dem Einzelfall angepaßt, ergab bei Hirnverletzten bessere Erfolge (auch hinsichtlich des Zeitgewinnes für den Erwerb) als die orthopädische Apparatgymnastik, bei letzterer traten in sehr vielen Fällen Zuckungen, Steifheiten und Schmerzen im Arm auf. Es ist selbstverständlich darauf hinzuzielen, daß der gesunde Arm diejenige

Funktion erlernt, die mehr Geschicklichkeit erfordert, während der leicht gelähmte die Hilfsverrichtung ausführt. Poppelreuter widerrät streng, die sogenannten Spasmen der Hand durch passives Auf- und Zumachen der Hand oder durch warme Bäder, Massieren usw. zu bessern; er hält eine „spastische Handkralle" für „die vollkommenste Prothese, die man sich wünschen kann; in dieser Hinsicht seien die garnicht behandelten Lähmungen besser als die mit Bädern, Massieren, Pendelübungen behandelten. Auch beim Bein soll man die Spasmen keineswegs wegzubringen versuchen; durch sie sei die Stützfähigkeit hinreichend gegeben. Bei optischer Apraxie hat Werkstattübung „ganz überraschenden" Erfolg. Störungen des Gleichgewichts durch Kleinhirnverletzung lassen selbstverständlich Werkstattarbeit im Stehen und Sitzen zu.

Bei den allgemeinen Störungen spielt „Unfallhysterie" nur eine geringe Rolle; die Beschwerden sind meist glaubhaft, werden sogar manchmal im Vergleich zur wirklichen Leistungsfähigkeit unterschätzt.

Bei den Kopfverletzungen muß der alte Beruf, soweit es irgend geht, beibehalten werden; entscheiden soll nicht die Meinung des Verletzten oder des Laienberaters, sondern die ärztlich-wissenschaftliche. Zu grober landwirtschaftlicher Arbeit besteht keine große Geeignetheit wegen der Empfindlichkeit gegen das Bücken, eher zu Gartenarbeit.

Vertragen körperlicher Arbeit, besonders beim Bücken, und Leistung wurde mit Heben eines Wassereimers und mit Stanzen geprüft, dabei auch die Herztätigkeit beobachtet; bei der das Sehen beanspruchenden Arbeit mit Sortieren; bei letzterem arbeiten manche genau, aber langsam, manche ungenau, aber rasch, manche ungenau und langsam. Bei sämtlichen Sehhirnverletzungen muß Insuffizienz der „Seharbeit" als wahrscheinlich angenommen werden, selbst wo Einzeluntersuchung keine Einbuße der Unterscheidung ergab. Manche Sehgeschädigte kompensieren die schlechte Unterscheidung durch Zuhilfenahme längerer Zeit.

Die Ermüdbarkeit ist zu prüfen durch Kraepelins Methode des fortlaufenden Rechnens. Ferner ist der Ebbinghaussche Kombinationsbogen zu verwenden (Ausfüllung von in einem Text ausgelassenen Worten) und die Merkkraft zu prüfen.

Es ist immer daran zu denken, daß das Gehirn auch in bezug auf Verletzungen und ihre Folgen kein einheitliches Organ ist. Erhebliche traumatische Demenz kann trotz weitgehenden Ausgleiches eines daneben bestehenden umschriebenen psychischen oder sensorischen oder motorischen Defekts bestehen.

Jede Berufsberatung muß auf die Möglichkeit späterer Epilepsie bedacht sein; andererseits muß man verhindern, daß Leute mit vereinzelt auftretenden Anfällen aus Bequemlichkeit für Mitwelt und Arbeitgeber einer Pflegeanstalt zugeführt werden. Die durch Hirnverletzung entstandene Epilepsie ist auch nicht erblich. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Gehirn- und Nervenschüsse, insbesondere Spätchirurgie.** Von Borchardt. Vortrag auf der zweiten Kriegschirurgentagung (Berlin, 26. und 27. April 1916), erschienen in Bruns Beiträgen zur klinischen Chirurgie Band 101 Heft 1 und 3, vorliegend als broschierter Sonderabdruck mit Ladenpreis von 6,00 M; Tübingen 1916, Laupp.

Verfasser teilt seine reichen Erfahrungen auf dem Gebiet der Nervennaht mit. Die beste Zeit zur Operation sei nach etwa 6 bis 8 Wochen gegeben. Nach der Operation muß man nicht gleich vollen Erfolg erwarten, denn eine prima intentio gibt es nach Kontinuitätstrennung am peripheren Nerven nicht, auch dann nicht, wenn die Vereinigung sofort vorgenommen wird, da der periphere Abschnitt unter allen Umständen der Wallerschen Degeneration verfällt. Bei der Operation ist genaueste

anatomische Kenntnis, die eventuell noch, wie Verf. das jetzt in Kriegszeit gemacht hat, durch Spezialstudien vertieft werden muß, unerläßlich. Man vereinige Faser mit der dazugehörigen Faser, vermeide peinlichst jede Drehung und achte besonders auf die Art der Umlagerung der Nahtstelle, die sogenannte Umscheidung. Als solche eignen sich in Formol gehärtete Kalbsarterien, ferner Fettlappen, mit Jod präparierte Pflanzenfasern, Zelluloid u. ähnl. Material; dagegen scheinen Muskellappen oft einen schädlichen Verwachsungsring abzugeben. Bei der Notwendigkeit einer Brückenbildung ist Verf. für adäquates Material. Besondere Würdigung findet dann noch die Tubularnaht, insbesondre die von Edinger inaugurierten, mit Agargallerte gefüllten Kalbsarterien, die Nervenpropfung u. a. Ist der Text auf S. 25 zu Ende, so haben wir aber in dem Borchardtschen Buche den wertvollsten Teil noch vor uns, denn es folgen 26 farbige anatomische Tafeln, die an instruktiver Skizzierung, an Deutlichkeit und an Nutzbarmachung der ganzen modernen Technik solcher Zeichnungen nichts zu wünschen übrig lassen und tatsächlich die Lücke ausfüllen, die die gewöhnlichen anatomischen Atlanten dem Spezialchirurgen zu lassen pflegen.

Wern. H. Becker-Herborn.

Buchbesprechungen.

— Schultz, Dr. J. H., S. Freuds Sexualpsychoanalyse. Berlin 1917, S. Karger.

Eine vorzügliche kleine Schrift, um sich rasch und genau über die Psychoanalyse Freuds zu orientieren, soweit der Fachpsychiater einer solchen Belehrung noch bedarf. Wer genügend bereits mit ihr vertraut ist, wird immerhin noch bei der besonders betonten und behandelten Frage der Brauchbarkeit in der gerichtsärztlichen Tätigkeit noch etwas Neuland für sich zumeist entdecken. Wer auch da schon vollauf orientiert ist, lernt wenigstens die Stellung der Binswangerschen Schule zur Freudschen Psychoanalyse genau präzisiert kennen; schreibt doch Binswanger zu der Schrift ein Geleitwort. Der Jenenser Standpunkt ist den Freudschen Lehren im allgemeinen ein wenig näher gelegen als der der meisten deutschen Neurologen und Psychiater, aber bei weitem nicht so dicht, daß man behaupten könnte, die Freudsche Schule habe in Jena festen Fuß gefaßt. Vielmehr fühlt Verf. sich „von enthusiastischer Überschätzung und einseitig methodologischer Kritik gleich entfernt" und schließt mit einem Zitat Sommers, der einmal vor den Übertreibungen psychoanalytischer Forschungen seine warnende Stimme erhob.

Wern. H. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— **Arhovin bei Gonorrhöe.** Von Dr. H. Tröscher. Aus der gemischten Station des Reservelazaretts Memel. Deutsch. med. Wochenschr. 1916 Nr. 52, Berlin.

Die Brauchbarkeit des Arhovin als Antigonorrhoikum und Antizystitikum ist in den 12 Jahren seit seiner Einführung in die Therapie schon des öfteren dargetan worden. Wie der Autor erwähnt, veröffentlicht er seine Erfahrungen mit diesem Mittel weniger aus wissenschaftlich-therapeutischen als aus kriegswirtschaftlichen Gründen. Die balsamischen Mittel, welche bei Gonorrhöe innerlich angewandt werden, kommen aus den Tropen und werden zumeist aus den Kolonien der uns feindlichen Staaten eingeführt. Auch die in Südamerika oder Niederländisch-Indien gewonnenen Drogen kommen dank der englischen Sperre kaum noch zu uns. Ein in Deutschland hergestelltes Mittel, welches dasselbe leistet, wie die ausländischen, verdient deshalb besonders jetzt im Kriege den Vorzug. Das Arhovin hat sich als ein solches, den Balsamika nicht nur gleichwertiges, sondern in vieler Beziehung überlegenes Mittel gezeigt.

In zahlreichen Fällen von Gonorrhöe ist die innerliche Behandlung überflüssig. Tröscher hält es für unzweckmäßig, die normale Reaktion der infizierten Schleimhaut durch innerliche Mittel zu unterdrücken. Deshalb werden hier nur dann innerliche Mittel gegeben, wenn der Patient über eine übermäßig starke Sekretion oder über sehr heftige anhaltende Schmerzen klagt. Wiederholte Magenstörungen und eine Albuminurie nach Gebrauch des Kopaivabalsams veranlaßten ihn, diesen mit dem Arhovin zu vertauschen. Es wurde demnach überall da, wo nach dem Obengesagten ein Balsamikum angezeigt war, Arhovin, und zwar 4 bis 6 Kapseln täglich zu 0,25 gegeben. Bei einem Gesunden, dessen Urinazidität (nach Nägeli gemessen), 2,4 betrug, stieg sie nach Einnehmen von 1,0 Arhovin auf 3,7. Unangenehme Nebenerscheinungen, Magenstörungen oder gar Nierenreizungen treten auch bei längerem Gebrauche nie auf — der Urin wurde alle drei Tage chemisch und mikroskopisch kontrolliert —, ebensowenig Halor ex ore oder sonstige unangenehme Wirkungen. Es wurden im ganzen 40 Fälle mit Arhovin behandelt; der Zweck wurde überall rasch und gründlich erreicht, der starke Ausfluß wurde nach drei oder vier Tagen merklich geringer, die quälenden Schmerzen ließen schon am zweiten Tage nach, merkwürdigerweise auch die im Nebenhoden lokalisierten bei Epididymitis. Besonders günstig war diese rasche Wirkung bei akuter Prostatitis, wo mit der lokalen Behandlung ausgesetzt werden mußte. In allen diesen Fällen hat das Arhovin die gestellten Erwartungen übertroffen. Ein Kranker mit einem sechs Wochen, bisher ohne Erfolg behandelten Tripper erhielt in der siebenten Woche Arhovin, weil bei einem Wechsel des lokal angewandten Mittels heftiges Brennen in der Harnröhre und übermäßiger Ausfluß eintrat. Am dritten Tage der Arhovin-Medikation war der Patient beschwerdefrei und von da an frei von Gonokokken. Als besonderer Vorteil ist die schnelle Schmerzlinderung, auch bei Nebenhoden- und Prostataentzündung, zu betrachten. Ob es in den bei innerlicher Anwendung naturgemäß kleinen Dosen imstande ist, in der Harnröhre noch gonokokkentötend zu wirken, ist zweifelhaft, ebenso läßt sich ein Einfluß auf die Behandlungsdauer nicht sicher feststellen. Bei Zystitis wirkt es rasch harnklärend und ruft saure Reaktion des Urins hervor. Überall also, wo Balsamika angezeigt sind, muß deren Ersatz durch Arhovin befürwortet werden. Da die Wirkung bedeutend besser und rascher als die der Balsamika ist, deren unangenehme Nebenwirkungen aber nicht besitzt, fällt der etwas höhere Preis des Arhovin nicht ins Gewicht.



Personalnachrichten.

— **Königreich Sachsen.** Der Oberarzt der Landesanstalt Hohnstein Ernst Otto Böttcher ist an die Landesanstalt Hochweitzschen, der Oberarzt der Landesanstalt Untergöltzsch Dr. Theodor Reinh. Schneider an die Landesanstalt Zschadraß versetzt worden.

— **Provinzial-Heilanstalt bei Ückermünde.** Dem Direktor Dr. Albrecht ist der Charakter als Sanitätsrat verliehen worden. Seit etwa Jahresfrist sind außerdem bei den Ärzten der Pommerschen Provinzial-Heilanstalten folgende Veränderungen eingetreten: Gestorben ist der Oberarzt bei der Provinzial-Heilanstalt zu Lauenburg i. Pomm. Dr. Luther und gefallen der Oberarzt bei der Provinzial-Heilanstalt zu Treptow a. d. Rega Dr. Ermisch. Der Assistenzarzt bei der Provinzial-Heilanstalt zu Stralsund Dr. Weddige ist zum Oberarzt ernannt worden.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.

Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 41/42. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.





Fruchtsäfte, Limonadensirupe,





Grundstoffe und Essenzen

empfiehlt in anerkannt erstklassiger Qualität

S. Löwengardt, Heilbronn a. N.

Fruchtsaftpresserei, Limonaden-Essenzen-Fabrik mit Dampf- u. elektrischem Betrieb

Rufnummer 373 — Drahtanschrift: Löwengardt Heilbronnneckar.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 41/42. 5. Januar **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die Forschungsanstalt für Psychiatrie und die deutschen Irrenärzte.

Von Professor **Kraepelin,** München.

Am 13. Februar 1917 hat König Ludwig III. eine Summe von 1 700 000 Mark, die ihm von hochherzigen Stiftern für diesen Zweck übergeben worden war, zur Errichtung einer „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München" bestimmt. Die erste öffentliche Sitzung dieser Stiftung, zu der Vertreter aller geistig führenden Kreise, darunter auch der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie, eingeladen waren, hat am 10. Juni d. J. in der Psychiatrischen Klinik München stattgefunden. Als Zeitpunkt für die Aufnahme der wissenschaftlichen Arbeiten ist der 1. April 1918 in Aussicht genommen worden.[1])

Damit ist in überraschend kurzer Zeit und unter den ungünstigen Bedingungen des Weltkrieges das Ziel erreicht worden, das der Deutsche Verein für Psychiatrie auf die Anregung von Siemens hin seit einigen Jahren erstrebt hat. Allerdings hat die neue Forschungsanstalt nicht, wie ursprünglich geplant war, die Form eines Kaiser-Wilhelm-Institutes erhalten können, aber sie ist doch von Mitgliedern der Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft auf das tatkräftigste gefördert worden, und sie wird sich auch eines jährlichen Zuschusses der in ihrem Stiftungsrate vertretenen Kaiser-Wilhelms-Gesellschaft erfreuen. Die Notwendigkeit, die Anstalt zur Verringerung der Einrichtungs- und Betriebskosten einem schon bestehenden psychiatrischen Krankenhause anzugliedern, hat zu der Lösung geführt, ihr zunächst in der Münchener Klinik ein Heim zu bereiten, wo wenigstens für den Anfang ausreichende Räume und eine reiche Zahl von Kranken, endlich auch eine Reihe wissenschaftlicher Arbeitskräfte ohne weiteres zur Verfügung standen.

Grundlage und Ausgangspunkt für alle wissenschaftliche Arbeit auf unserem Gebiete wird immer die klinische Forschung bilden müssen. Aus ihr heraus aber erwachsen immer neue und schwierigere Aufgaben, die nur durch die gemeinsame Arbeit der verschiedensten Hilfswissenschaften gelöst werden können. Wir bedürfen daher außer der Krankenbeobachtung einer je nach dem Stande unseres Wissens und Strebens wechselnden Zahl von Forschungsabteilungen, in denen mit den verschiedensten Hilfsmitteln und von den verschiedensten Standpunkten aus alle die Fragen bearbeitet werden, deren Beantwortung für die Vertiefung unserer Erkenntnis über Wesen und Ursachen der Geistesstörungen wie über die Mittel zu ihrer Verhütung, Linderung und Heilung erforderlich ist. Bei der Errichtung solcher Abteilungen wird immer in erster Linie der Gesichtspunkt maßgebend sein, hervorragende Forscher auf irgendeinem Sondergebiete zu gewinnen; für bedeutende wissenschaftliche Begabungen muß Raum und Arbeitsgelegenheit geschaffen werden, soweit es nur irgend möglich ist. Aus diesem Gedanken heraus sind zunächst zwei Abteilungen für Histopathologie der Hirnrinde unter Nißl und Spielmeyer, eine Abteilung für topographische Histologie der Hirnrinde unter Brodmann, eine serologische Abteilung unter Plaut, eine genealogisch-demographische unter Rüdin, eine chemische unter Allers in Aussicht genommen worden. Eine psychologische Ab-

[1]) Eine genauere Darstellung der Verfassung der Forschungsanstalt, ihrer Ziele und ihrer Beziehungen zur psychiatrischen Klinik, zur Universität und zur Stadt München hat Plaut in der Münch. medizin. Woch. 1917 Nr. 35 gegeben.

teilung werde ich selbst leiten. Mindestens die ersten fünf Abteilungen werden im April nächsten Jahres ihre Tätigkeit beginnen, während die Eröffnung der beiden letzten von den Umständen abhängen wird. Wie schon jetzt, so soll sich auch in Zukunft Zahl und Art der Abteilungen jeweils den Bedürfnissen unserer Wissenschaft wie den erreichbaren Forscherpersönlichkeiten nach Möglichkeit anpassen.

Somit ist der Rahmen fertiggestellt, in dem die wissenschaftliche Arbeit der Forschungsanstalt binnen wenigen Monaten beginnen kann. Es ist jedoch klar, daß sie auf die Dauer nicht gedeihen kann, wenn sie nur auf sich selbst angewiesen ist. Wie sie aus den Beschlüssen des Deutschen Vereins für Psychiatrie herauswuchs, kann sie sich nur dann lebendig weiter entwickeln, wenn der gesamte Stand der deutschen Irrenärzte sie dauernd als seine Schöpfung betrachtet und sie unablässig mit seinem regen Interesse und mit seiner tätigen Beihilfe unterstützt.

Diese Mitwirkung ist zunächst und vor allem bei der Beschaffung der wissenschaftlichen Arbeiter notwendig. Offenbar vermögen die Abteilungsleiter der Forschungsanstalt allein die großen und verwickelten Fragen nicht zu lösen, die unsere Wissenschaft ihnen Tag für Tag vorlegt. Sie bedürfen dazu vielmehr zahlreicher Hilfskräfte, die unter ihrer Anleitung die Durchführung der vielen erforderlichen Einzeluntersuchungen unternehmen. Solche Helfer sollen ihnen, wie wir hoffen, aus der Zahl jener Fachgenossen erstehen, die Neigung und Befähigung zu wissenschaftlicher Forschung besitzen und in der Lage sind, ihre Kräfte kürzere oder längere Zeit derartigen Aufgaben zu widmen. Um das zu ermöglichen, wird an der Forschungsanstalt eine größere Zahl von Arbeitsplätzen geschaffen, die Gelegenheit zu wissenschaftlicher Tätigkeit unter Anleitung durch die Abteilungsleiter gewähren sollen. Die Verfügung über je einen solchen Arbeitsplatz steht einmal den Stiftern der Forschungsanstalt zu, an die Gesuche um Zulassung, auch durch Vermittlung des Anstaltsvorstandes, gerichtet werden können. Außerdem aber haben wir uns an die Regierungen sämtlicher deutschen Bundesstaaten, an die Landeshauptleute der preußischen Provinzen, an die Regierungen der bayerischen Kreise und an den Magistrat der Stadt Berlin mit der Bitte gewendet, die Arbeiten der Forschungsanstalt durch Mietung von ganzen, halben oder viertel Arbeitsplätzen für die in ihren Diensten stehenden Irrenärzte zu unterstützen; der Preis für einen vollen Jahresarbeitsplatz wurde auf 2000 Mark angesetzt. Uns schwebte dabei das ausgezeichnete Beispiel der Zoologischen Station in Neapel vor, die es durch eine derartige Errichtung bekanntlich ermöglicht hat, daß ihr regelmäßig befähigte Arbeiter aus allen deutschen Ländern zuströmten. Unsere Annahme, daß viele der Körperschaften, denen die Sorge für das Irrenwesen obliegt, Verständnis für die Bedeutung der wissenschaftlichen Forschung besitzen und zugleich den Wunsch hegen würden, ihre Ärzte dazu anzuregen und damit den Geist ihrer Anstalten zu heben, scheint in weitem Maße zuzutreffen, insofern trotz der äußerst ungünstigen Zeiten von vielen Seiten die Mietung eines Arbeitsplatzes für jetzt oder doch für später ins Auge gefaßt wurde. Jedenfalls dürfen wir hoffen, daß es sehr bald jedem Fachgenossen, der eine Zeitlang wissenschaftlich zu arbeiten wünscht, ohne Schwierigkeit möglich sein wird, sich einen Platz an der Forschungsanstalt zu sichern.

Die in den Stiftungssatzungen enthaltenen Bestimmungen über die Arbeitsplätze lauten folgendermaßen:

I. Jede Abteilung besitzt eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeitsplätzen, deren Zahl nach den sich ergebenden Bedürfnissen bemessen wird. Ihre Verteilung auf den Gebieten, die mehrere Abteilungen umfassen, ist der freien Vereinbarung der Abteilungsleiter überlassen. In Streitfällen entscheidet der Verwaltungsrat.

II. Der jährliche Mietpreis für einen Arbeitsplatz beträgt 2000 M. Einbegriffen in diesen Preis ist die Anleitung zur wissenschaftlichen Arbeit, die Teilnahme an den wissenschaftlichen Besprechungen und Darbietungen, die Benutzung aller wissenschaftlichen Hilfsmittel und der Bücherei sowie die Lieferung des Untersuchungsmaterials und der gebräuchlichsten Chemikalien. Die Anstalt behält sich indessen vor, besonders kostspielige Verbrauchsstoffe und Versuchstiere gesondert in Rechnung zu stellen. Außerdem haften die Inhaber von Arbeitsplätzen für alle Schäden, die durch ihr Verschulden herbeigeführt werden.

III. Den Stiftern wird die unentgeltliche Verfügung über je einen Arbeitsplatz eingeräumt, der an hervorragend begabte, strebsame Forscher vergeben werden kann.

IV. Sollte sich der Inhaber eines Arbeitsplatzes gänzlich ungeeignet für seine Aufgabe erweisen, so ist der Verwaltungsrat berechtigt und verpflichtet, dem betreffenden Mieter oder Stifter davon Mitteilung zu machen und um Zurückziehung der Verfügung zu ersuchen.

V. Die nicht fest vermieteten oder besetzten Arbeitsplätze können von den Abteilungsleitern nach ihrem Ermessen vergeben werden. Die Gebühr für ihre Benutzung beträgt im Monat 50 M, bei Nichtdeutschen das Doppelte. In besonderen Fällen kann die Gebühr auf Beschluß des Verwaltungsrates ermäßigt oder er-

lassen werden. Auch die fest vermieteten Plätze können auf diese Weise besetzt werden, solange sie von den Verfügungsberechtigten nicht in Anspruch genommen sind. —

Die Wahl des Arbeitsgebietes steht, soweit Plätze verfügbar sind, den Einzelnen frei. Da aber zunächst die Zahl der Plätze nicht allzu groß sein wird, sind rechtzeitige Vormerkungen ratsam. Immerhin hoffen wir, etwa 12 bis 14 Arbeiter in den anatomischen Abteilungen, 3 bis 4 in der serologischen, 2 bis 3 in der chemischen, 3 in der demographisch-genealogischen, 4 bis 6 in der psychologischen Abteilung unterbringen zu können. Außerdem werden sich eine Anzahl von Herren mit klinischen Arbeiten beschäftigen können. Sobald dann die geplante Übersiedelung der Forschungsanstalt in ein eigenes Heim sich wird durchführen lassen, kann voraussichtlich auch den weitestgehenden Anforderungen an wissenschaftliche Arbeitsplätze entsprochen werden. Schon jetzt aber gedenken wir die Bestrebungen unserer Fachgenossen durch Einrichtung von Spezialvorlesungen über die verschiedenen Arbeitsgebiete, von Kursen, Demonstrationen, wissenschaftlichen Besprechungen auf alle mögliche Weise zu fördern, um jedem Einzelnen die Teilnahme an der wissenschaftlichen Gesamtarbeit der Forschungsanstalt zu ermöglichen.

In dem Ausbau der Arbeitsplätze und der dadurch ermöglichten Anbahnung enger und stetiger Beziehungen der Forschungsanstalt zu den deutschen Irrenärzten sehen wir eine unserer allerwichtigsten Aufgaben. Was wir erstreben, ist die dauernde Fühlung mit den Fachgenossen, die einmal bei uns gearbeitet haben, und die fortlaufende Unterstützung aller fachwissenschaftlichen Bestrebungen in unserem gesamten Vaterlande. Umgekehrt erhoffen und erwarten wir überall aus den Anstalten Anregungen und tatkräftige Unterstützung. Es gibt ja zahlreiche Fragen von allergrößter Wichtigkeit, deren Lösung der Forschungsanstalt allein gar nicht möglich ist, deren Bearbeitung vielmehr nur in den Irrenanstalten oder doch mit deren zielbewußter und nachhaltiger Beihilfe in Angriff genommen werden kann. Dieses Zusammenarbeiten zwischen Forschungsanstalt und Irrenanstalt einzuleiten und fruchtbar zu erhalten, soll vor allem durch den Eintritt zahlreicher, immer neuer Fachgenossen in unsere Arbeitsgemeinschaft erreicht werden.

Eine zweite große Aufgabe der Forschungsanstalt wird die Schaffung einer großen fachwissenschaftlichen Bücherei für das Gebiet der Psychiatrie und ihrer Hilfswissenschaften sein. Ein vielversprechender Anfang ist dadurch gegeben, daß die Familie Lähr in hochherziger Weise die einzigartige, mehr als 8000 Bände umfassende Bücherei des verstorbenen Nestors unserer Wissenschaft, des Geheimrates Heinrich Lähr, der Forschungsanstalt unter der Bedingung überlassen hat, daß sie dauernd den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie zugänglich sein soll. Wenn sich auch die Unterbringung dieser Büchersammlung, der sich zunächst diejenige unserer Klinik hinzugesellt, vorerst nur in beschränktem Raume ermöglichen lassen wird, so ist doch für die Zukunft ihre würdige Aufstellung und die Schaffung ausreichender Arbeitsräume für ihre Benutzung ins Auge gefaßt worden. Wir werden aber auch weiterhin bemüht sein, unter Bereitstellung größerer Mittel die Büchersammlung der Forschungsanstalt nach allen Richtungen hin zu vervollständigen und auf dem laufenden zu erhalten. Besonderer Wert soll dabei auch auf die Beschaffung von Sonderabdrücken wissenschaftlicher Arbeiten über Fragen unseres Gebietes aus den verschiedensten, oft schwer zugänglichen Zeitschriften gelegt werden. Von größter Bedeutung für die Entwicklung gerade dieser Seite unserer Bücherei würde es sein, wenn die Fachgenossen es sich zur Regel machen wollten, von ihren Arbeiten immer je einen Abdruck der Forschungsanstalt zu stiften; sie können sich dadurch gegenseitig ihre Arbeit erleichtern und zugleich zu weiterer Verbreitung ihrer Ergebnisse beitragen.

Eine wesentliche Unterstützung dieser Bestrebungen wäre es ferner, wenn entbehrliche Bücher und Sonderabdrücke aller Art der Bücherei der Forschungsanstalt überlassen würden. Namentlich wäre es erwünscht, wenn die Angehörigen verstorbener Fachgenossen dazu veranlaßt würden, die hinterlassenen Büchereien in erster Linie der Forschungsanstalt zum Kaufe anzubieten oder, wenn die Verhältnisse es gestatten, sie ihr zu stiften. Manche Seltenheit, die auf anderem Wege kaum zu erlangen ist, könnte so der allgemeinen Benutzung zugänglich gemacht werden. Wir haben schon jetzt die Freude gehabt, aus dem Nachlasse von Gudden, Schüle, Alzheimer eine Reihe von Bücherspenden verzeichnen zu können, auch einen großen Teil von Pelmans Bücherei zu erwerben; außerdem haben uns eine Anzahl von älteren Fachgenossen derartige Stiftungen zugesagt. Es ist Vorsorge getroffen, daß in den so erlangten Werken jeweils der Spender oder frühere Besitzer vermerkt wird, damit der künftige Leser immer wieder an den ehemaligen Eigentümer erinnert wird.



Wenn irgend möglich, soll nach Verlauf einiger Jahre, sobald eine geeignete Aufstellung und Verwaltung unserer Bücherschätze durchgeführt sein wird, unter annehmbaren Bedingungen auch eine Versendung von Büchern an auswärtige Benutzer eingerichtet werden, wobei in der Regel die Vermittlung der Anstaltsleitungen einzugreifen haben würde. Damit soll die Herstellung eines allgemeinen Büchernachweises Hand in Hand gehen, die allerdings noch viel Zeit, Arbeit und Kosten erfordern wird. Die Notwendigkeit einer derartigen Einrichtung wird klar, wenn man bedenkt, wie viele Bücher und Zeitschriften in allen möglichen Büchereien des Staates, der Irrenanstalten, der Hochschulen, der Vereine vergraben liegen, ohne daß sie jemand benutzt, ja ohne daß jemand von ihrem Dasein weiß. Wenn es gelänge, ein auch nur einigermaßen vollständiges Verzeichnis der in öffentlichem Besitze befindlichen psychiatrischen Schriften herzustellen und allgemein zugänglich zu machen, so würde das eine ganz außerordentliche Erleichterung und Förderung der wissenschaftlichen Arbeit bedeuten, die so oft unter der Unzulänglichkeit der notwendigen literarischen Hilfsmittel zu leiden hat.

Als eine weitere Aufgabe der Forschungsanstalt betrachten wir die Beschaffung einer möglichst vollständigen Sammlung von Anstaltsberichten und Anstaltsplänen, ferner von Bildnissen und Lebensbeschreibungen verstorbener verdienter Fachgenossen. Es erscheint uns wichtig, daß wenigstens an einer Stelle in Deutschland alle Nachrichten über die Entwicklung unseres Anstaltswesens, deren Großartigkeit ein Rückblick auf das verflossene Jahrhundert zeigt, gesammelt und der Forschung zugänglich gemacht werden. Wir bitten daher alle Anstaltsvorstände, die entbehrlichen Schriftstücke über die von ihnen geleiteten Anstalten der Forschungsanstalt zur Verfügung zu stellen, wo sie späterhin, sobald der Platz dafür verfügbar sein wird, in einer eigenen Abteilung aufgestellt werden sollen. Auch für die Beschaffung von Bildern bedürfen wir dringend der Hilfe der Anstaltsleitungen. Wir halten es für eine Ehrenpflicht, das Andenken an die Vorkämpfer zu pflegen, die, oft unter den schwierigsten Verhältnissen, durch ihre treue Arbeit den Boden bereitet haben, auf dem wir heute stehen. In zahlreichen Anstalten finden sich die Bilder ihrer früheren Leiter, die sich mit Leichtigkeit photographisch wiedergeben lassen. Alle, die hier helfen können, bitten wir, uns zu unterstützen, damit unsere bereits angelegte Sammlung allmählich immer vollständiger wird, und damit späterhin in den Räumen der neuen Forschungsanstalt die Bilder der Vorgänger überall auf diejenigen herabschauen können, die ihr Werk fortsetzen. Besonders wertvoll wäre es, wenn zugleich auch Hinweise auf vorhandene Nachrufe und Lebensbeschreibungen gegeben werden könnten, damit so allmählich der Stoff zu einem größeren Werke über die Deutschen Irrenärzte gesammelt wird, als Ehrentafel für die Dahingeschiedenen und zur Anregung und Belehrung für die Lebenden. Auch für die Aufbewahrung von wichtigen Briefen und Nachlaßschriften hervorragender Irrenärzte dürfte die Forschungsanstalt die geeignete Stelle sein.

Noch eine Bitte wäre hier anzufügen. In vielen Anstalten finden sich einzelne merkwürdige Sammlungsstücke, die gelegentlich einmal angesehen oder Besuchern gezeigt werden, ohne weitere Bedeutung zu gewinnen. Ihre Zusammenfassung zu einer psychiatrischen Schaustellung in der Forschungsanstalt könnte ihnen einen ganz anderen Wert geben und sie zugleich dem weiten Kreise der Fachgenossen zugänglich machen. Ich denke hier in erster Linie an anatomische Präparate, vor allem an abnorme Schädel, deren Beschaffung unter unseren heutigen Verhältnissen so überaus schwer ist, aber es könnten auch alle anderen Gegenstände in Betracht kommen, die geeignet sind, die Kenntnis des Irrenarztes von seiner Wissenschaft nach irgendeiner Richtung hin zu vervollständigen. Wir beabsichtigen, in dem zukünftigen Heim der Forschungsanstalt eigene Räume für eine solche Schausammlung zu schaffen, die der Benutzung durch unsere Besucher jederzeit offen stehen soll.

Wie die vorstehenden Darlegungen erkennen lassen, ist es unser Wunsch, in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie einen geistigen Mittelpunkt für unsere Wissenschaft zu schaffen. Ihre Einrichtungen ließen sich, was vielleicht späterhin einmal zu erörtern sein wird, zur Erreichung des genannten Zieles noch nach verschiedenen Richtungen hin weiter ausbauen. Wenn das aber geschehen soll, so bedürfen wir dazu vor allem sehr großer Mittel. Es ist zwar schon über alles Erwarten schnell gelungen, unter den jetzigen, bescheidenen Bedingungen die Einrichtung und den Betrieb der Anstalt für längere Zeit zu sichern. Wir hoffen aber zuversichtlich, daß sie in raschem Wachstum bald die engen Verhältnisse, unter denen sie jetzt ihr Wirken beginnt, sprengen werde, um in größerem Rahmen künftigen Entwicklungen zuzustreben. Um das zu erreichen, müssen wir alle unablässig unsere Bemühungen fortsetzen, weite Kreise für das große Werk zu erwärmen. Gerade auch in



diesem Punkte rechnen wir wesentlich auf die Hilfe der Fachgenossen. Erfahrungsgemäß sind die Angehörigen von Kranken, die das Elend seelischer Störungen in der eigenen Familie erlebt und erduldet haben, gern bereit, zur Förderung der psychiatrischen Wissenschaft nach ihren Kräften beizutragen, sobald ihnen der Weg dazu gezeigt wird. Möge jeder Fachgenosse, sobald sich ihm dazu Gelegenheit bietet, sich daran erinnern, daß er zum Gedeihen unserer Forschungsanstalt wirksam mit beitragen kann! Jede, auch die bescheidenste Spende ist uns willkommen, insofern sie ein Beweis dafür ist, daß Verständnis und Wohlwollen für unsere Bestrebungen in immer weitere Kreise eindringen. Mit dieser Unterstützung werden wir getrost an die geduldige Überwindung der unermeßlichen Schwierigkeiten gehen, vor die uns unser entsagungsvoller Beruf immer von neuem stellt.

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff**, z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

(Fortsetzung).

Fall I.

„Komm mit! Ich weiß, wo hübsche Kaninchen sind; wollen sie uns einmal ansehen, vielleicht können wir auch eins erwischen", sagte der 18 jährige Handlungsgehilfe Th. zu dem 16 jährigen Laufburschen M., der an einem Sonnabendabend mit seinem Wochenlohn von 9 M in der Tasche vom Geschäft nach Hause gehen wollte.

„Kaninchen!" — „Erwischen können!"

Das klingt so lockend — so harmlos.

Freilich einige Bedenken kommen.

Es ist Lohntag gewesen. Die Mutter wartet zu Hause. Das Abendbrot steht bereit, und die 9 M braucht sie für die Geschwister.

Aber der kaum 14 jährige Max Willy Kr. half die aufsteigenden Bedenken beseitigen.

Ansehen konnte man sie sich ja doch — und der Umweg — so schlimm war das für einen Großstadtjungen nicht.

Fragen sie zu Hause, so war er eben „im Geschäft aufgehalten" oder hatte noch einen Auftrag zu erledigen.

Aber fragten sie überhaupt danach, wann er kam?

Vielleicht doch. Er soll ordentlicher Leute Kind gewesen sein und selbst ordentlich.

Und er hatte ja den Wochenlohn, den lieferte er regelmäßig ab.

An dem Abend nicht mehr.

Und später auch nicht.

Denn als man ihn auf dem entlegenen Kirchhof fand, war er starr und kalt — und hatte kein Geld in der Tasche.

Dafür aber lag ein Riemen fest zusammengeschnürt um seinen Hals und der Schädel war von schweren Schlägen zertrümmert.

Das Kaninchen war erwischt; neun Mark sind viel Geld! —

Von dem älteren der beiden Mordbuben — denn um Mord, beabsichtigten Mord, handelt es sich — weiß ich gar nichts zu sagen, der jüngere aber hat mir einmal etwas erzählt. Nicht alles — denn wozu! Und nur stockend — aber genug.

„Ich hatte mir ein Rad angeeignet", sagte er, „ein altes Rad, das lange verstaubt und verrostet im Winkel des Warenhauses stand, wo ich beschäftigt war, und hatte daran herumgeputzt und gebastelt, daß es beinahe nach etwas aussah. Einzelne Teile aber fehlten; sie zu ersetzen, brauchte ich Geld — nicht viel, aber doch Geld. Was ich verdiente, mußte ich abliefern. Auf der Straße lag es nicht. Zum Stehlen fand ich keine Gelegenheit, mochte wohl auch nicht recht daran; ich weiß das nicht so.

Mein Freund Th. kannte meine kleinen Sorgen, und da er selbst Geld brauchte oder doch haben wollte, sagte er so verloren zu mir: „Ich mache mal einen kalt."

Und er sagte das öfter.

Eines Abends kam er zu mir in den Pferdestall und teilte mir mit, daß er den ihm bekannten M. verlocken wollte, ihm in eine stille Gegend zu folgen; dort wollte er ihm den Wochenlohn abnehmen — so oder so. Ich sollte mitgehen.

Und ich ging mit.

Er nahm einen daliegenden Hammer mit und wartete ab.

Unserem Zureden folgte er; unterwegs sprach Th. lebhafter auf ihn ein, ich war sehr still.

Auf dem Kirchhof warf ihm Th. den Riemen um den Hals, zog zu und versetzte dem Niedergerissenen ein paar Schläge auf den Kopf. Dann gab er mir den Hammer und sagte: „Nun mach du auch mal was."

Ich schlug zu, es knirschte etwas unter den Schlägen.

Da hielt ich ein und lief weg bis an das Tor.



Th. schlug dann noch ein- oder mehrere Male zu und kam zu mir. Geld gab er mir nicht, erst am nächsten Tage erhielt ich von ihm drei Mark.

Wir gingen nach Hause. Reue hatte ich nicht, aber Angst bekam ich, als ich in der Nacht über alles nachdachte; geschlafen habe ich trotzdem.

Am nächsten Tage verrichtete ich meine gewohnte Arbeit und ging dann in die Schule. Ich hatte eine Stelle als Pferdebursche bei einem Doktor, die ich in der freien Zeit versehen mußte.

Am Nachmittag traf ich Th. wieder, da gab er mir die drei Mark und wir haben uns davon ordentlich satt gegessen, auch getrunken, was so dazu gehört.

Über die Tat haben wir nicht gesprochen; ich habe auch nicht viel mehr daran gedacht. Er hatte ja Kaninchen stehlen wollen, da war er nicht viel wert.

Ich dachte auch nicht, daß es herauskommen würde; aber Th. hatte seinen Riemen dagelassen, da stand sein Name darin. Der hat mich dann mit seinen Aussagen belastet."

Bei der Verhandlung stellte sich heraus, daß Max Willy K., der von einer willensschwachen Mutter aufgezogen wurde, ein unfolgsamer, rüpelhafter Bengel war, der in der Schule nicht viel taugte, schwachbefähigt und wohl auch faul, zweimal sitzen blieb, außer derselben schlechten Umgang hatte, einen Knaben einmal ins Bein schoß und einen Kirchendiener bei erfolgter Zurechtweisung mit dem Messer bedrohte. Davon, daß der Ermordete der Bruder seines Schulkameraden war, der ihm bei den Schularbeiten half, will er nichts gewußt haben. Th. habe ihm keinen Namen genannt. Er wurde wegen Diebstahls, Mordes und schweren Raubes zu 12 Jahren Gefängnis verurteilt.

Die Verurteilung erfolgte April 1901; bis Ende 1909 hielt sich K., ohne psychische Krankheitserscheinungen zu zeigen. Zuerst war er in Sachsenburg; dort beschäftigte er sich in geordneter Weise, wurde auch sonst nicht auffällig, doch erschien er begründeterweise fluchtverdächtig und kam nun nach Bautzen. Hier zog er sich einige kleine Disziplinarstrafen zu und trat November 1909 mit sonderbaren Behauptungen und Klagen an den Gefängnisgeistlichen heran: Der Oberaufseher habe ihn hypnotisiert und elektrisiert, die Aufseher wollten ihn „vertonsuren" und ihm den Kopf eindrücken, auch wolle man ihm eine Braut ins Bette legen, damit er das Onanieren lasse. Dadurch würden in ihm wieder die „teuflischen Künste" geweckt, man habe es auf seinen Untergang abgesehen. Die Aufseher haßten ihn, der Oberaufseher habe gesagt: K. müßte „weg", auch der Abteilungsvorstand (Arzt) hypnotisiere ihn. Es entwickelte sich also das Bild einer paranoiden Haftpsychose. K. wird als geisteskrank zunächst dem Stadtkrankenhause zugeführt — und dort für gesund erklärt.

Seine Rückkehr in die Strafanstalt ergab das Fortbestehen seiner Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen, die in der neuen und unbeteiligten Umgebung des Krankenhauses natürlich zurückgetreten war.

Er hörte die Gaslampe pochen und zischen, glaubte, daß er mit Spiegeln geblendet würde; nachts griffe eine Hand unter seine Bettdecke und „pumpte" sein Glied auf, dazu würde ihm seine Schwester ins Bett geführt, damit er sich an ihr unsittlich vergriffe und ein Kerl stünde an seinem Bett und onaniere ihm etwas vor.

Er verlangt Aufschluß über die Vorgänge, sonst rammele er einen nieder, und wenn man ihn tot mache.

Er wird nun der Heilanstalt Dösen zugeführt und bringt dort dieselben Dinge vor und dehnt sie bald auf den neuen Aufenthaltsort aus, verhält sich aber sonst ruhig und geordnet, so daß er mit Gärtnerarbeit beschäftigt werden kann. Im übrigen hält er sich sehr für sich und war auch gegen seine Verwandten bei Besuchen abweisend.

Anfang 1911 kam er nach Waldheim.

Hier fand sich bei der Untersuchung außer leichter Erhöhung der Reflexerregbarkeit im allgemeinen nichts Besonderes. Die so häufig bei Haftpsychosen bestehende Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit ist nicht festgestellt.

Psychisch ist er zeitlich schlechter, sonst gut orientiert, weist recht geringe Schulkenntnisse auf und hat schwache Urteilskraft. An seinen Ideen hält er fest und glaubt sich zu unrecht interniert. Wenn er geisteskrank sei, könne dies nur auf Blutschande beruhen. 1913 will er in die Freiheit entlassen werden, sonst bringe er jemand um.

Im großen ganzen fügt er sich in die Anstaltsordnung, nur setzt er zeitweise mit der Arbeit so gut wie ganz aus. Er hält sich auch hier viel für sich und spricht auch mit dem Pflegepersonal wenig; dagegen ist es mehrfach aufgefallen, daß er sich an laute und aufsässige Kranke heranmacht und sie ungünstig zu beeinflussen sucht. Ihm selbst unbequeme Annäherungsversuche weist er ab, mitunter tätlich.

Zu den Ärzten ist er kurz angebunden und geht wenig aus sich heraus. Wahnideen und Sinnestäuschungen zeigt er nicht mehr, die früheren sucht



er als Träume darzustellen. Mitunter hat er ein überhebendes Lächeln. Über seine Tat spricht er in gleichgültigem Tone als etwas Unangenehmen. Schließlich habe er ja doch nur „einen Schlag" geführt und ein so guter Mensch, wie man gesagt habe, sei der M. auch nicht gewesen.

Briefe an Verwandte schreibt er so gut wie gar nicht, spricht auch nicht von ihnen. Seinen Lebenslauf niederzuschreiben weigert er sich, es stände ja alles in den Akten.

Sein Gesicht ist blaß, seine Miene kalt, nur manchmal zuckt ein flüchtiges, leicht spöttisches Lächeln über seine schmalen Lippen. Als ich ihn dieser Tage zu mir rief und ihn aufforderte, sich mir auszusprechen, wiegte er den Kopf hin und her und sagte: „Erst muß ich wissen, wozu das soll." Nach erhaltener Aufklärung gab er oben gegebene Schilderung, die sich mit dem Aktenmaterial im wesentlichen deckt — eher mehr zugesteht als weniger — und machte eine frappierende Schlußbemerkung: „Es ist gut so, daß es so gekommen ist, denn wer weiß, was sonst noch passiert wäre; ist man erst einmal in solchen Händen, dann —"

„Dann hätten Sie in Ihrer Furcht vor Entdekkung oder anderenfalls im Sicherheitsgefühl wohl noch einmal versucht, sich auf gleiche Weise Geld zu verschaffen?" —

„Ja!" —

Nach einer kurzen Pause: „Aber soviel wert war er auch nicht, sonst wäre er nicht mitgegangen, um zu stehlen." —

Ich gebe die Worte so wieder, wie sie gefallen sind.

Sie sagen viel.

Gleich darauf verließ K. mein Zimmer und war bei der Nachmittagsvisite so kalt, abweisend und überhebend wie immer. —

Das „soviel wert war der auch nicht" klang mir noch lange in den Ohren. Ich werde später in anderer Hinsicht darauf zurückzukommen haben.

Fall II.

In ebenso gewissenlos leichtfertiger Weise versuchte der November 1893 in Leipzig geborene Maschinist Ernst Max Bl. im Alter von 19 Jahren seine Zimmervermieterin unter Anwendung von Gewalt zu berauben. Er gesteht selbst zu, daß er sich schon mit der Absicht des räuberischen Überfalles bei der Frau eingemietet hätte und sich auch gerade dazu eine alte Frau als Wirtin ausgesucht habe, weil er von dieser wenig Widerstand erwartete und zugleich einige Ersparnisse vermuten konnte, zumal sie auch noch einen Topfhandel führte. Überzeugt habe er sich vorher nicht, ob sie größere Summen bei sich oder im Hause habe; er sei auch gar nicht so auf das Geld angewiesen gewesen, da er einmal ja noch fünf Mark gehabt habe und damit zu seinen Verwandten gelangen konnte, die ihm Geld gegeben haben würden, wenn er ihnen einen vernünftigen Zweck hätte angeben können. — Zum anderen habe er aber auch keine Verpflichtungen oder dringende Bedürfnisse gehabt; er habe sich aber einmal einige Tage in Berlin umsehen wollen, ob sich dort eine Stelle für ihn böte, und dafür Geld gebrauchen können. Er habe die Frau nicht töten wollen, sondern nur fesseln, gibt aber zu, daß die Art seines Vorgehens: Überwerfen seines Mantels und Einschnüren des Kopfes in denselben, um ihr Schreien zu ersticken, den Tod hätte herbeiführen können, zumal er für das Suchen nach dem Gelde längere Zeit gebraucht haben würde.

Die alte Frau leistete aber unerwartet heftigen Widerstand, machte sich von der Umhüllung frei und zog durch ihr Geschrei andere Leute herbei, welche Bl. festnahmen. Des weiteren will ich erst an anderer Stelle auf den Fall eingehen.

Hier genüge festzustellen, daß Bl. das Verwerfliche seiner Tat nicht einsieht, sie vielmehr als Dummenjungenstreich belächelt und nur bedauert, daß sie ihm die Freiheit solange entziehe — und seine „Lebenslust" als treibendes Motiv ruhig und skrupellos eingesteht.

Die nächstfolgenden Fälle sind alle noch ernster, oft mit erstaunlicher Energie ins Werk gesetzt und durchgeführt, und haben schwere Sühne gefunden, soweit nicht offenbar geistige Störung vorlag.

Fall III.

Als der am 31. Oktober 1887 geborene Geschirrführer Emil Hugo Ha. sich Ende 1907 wegen einer Reihe von Diebstählen und Einbrüchen zu verantworten hatte, hatte er nicht nur wegen Eigentumvergehens zwei Gefängnisstrafen von 1 Jahr 2 Monaten und 2 Jahr 3 Monaten hinter sich, sondern es schwebte auch noch ein Verfahren wegen weiterer Diebstähle, Brandstiftung und versuchter schwerer Erpressung und Mordversuches gegen ihn.

Ha. erhielt zunächst 6 Jahr Zuchthaus, wobei ihm mildernde Umstände versagt wurden, seine Dreistigkeit und Gefährlichkeit dagegen hervorgehoben wurden; für die weiteren Delikte erhielt er dann noch weitere 7 Jahre. Ha. ist unehelich geboren; seine Mutter verheiratete sich später anderweitig und seine Erziehung lag nun der Großmutter ob, die als Waschfrau sich durchs Leben schlug und somit viel außer dem Hause war. Er



erfreute sich also recht frühzeitig größtmöglichster Bewegungsfreiheit. Über seinen Lebensgang in der Schulzeit ist daher auch nicht viel bekannt, da aber seine Schulerfolge voraussichtlich seiner später zu erwähnenden Begabung und dem häuslichen mangelnden Anhalt entsprochen haben werden, werden sie nicht sehr erfreulich gewesen sein. Auch daß er nach dem Verlassen der Schulzeit nur Handarbeiter wurde, daß er mit 15 Jahren schon zum Einbrecher wurde, läßt einen gewissen Rückschluß zu, und wenn er später in der Haft einen tiefwurzelnden Haß gegen die Geistlichkeit verrät, so wird dies weniger das Resultat tiefgründiger philosophischer Betrachtungen sein, als die inkarnierte Reminiszenz an allerlei Störungen seiner „freien Entwicklung", die ihm der Konfirmandenunterricht und sonstige unbequeme Berührung mit diesen „lästigen Respektspersonen" gebracht haben. Was er sonst für Einflüsse auf sich wirken ließ, darüber geht aus seinen Akten nichts hervor, insbesondere nicht, ob er Komplizen bei seinen Straftaten gehabt hat.

Dagegen stellte sich in seiner Haft eine „Geliebte" ein, die auch Mutter seines Kindes sein will, und der Richter bescheinigt ihm, daß sein Gelderwerb sich fast ausschließlich darauf beschränkt habe, sich möglichst viel fremdes Eigentum anzueignen. Er unterschlägt seinem Arbeitgeber Geld, maust einem Logiswirt 43 Mark, stiehlt anderweit einem andern Abmieter einen Anzug und — der Appetit kommt beim Essen — erbricht bei einer weiteren Logiswirtin zwei Türen, wofür ihm ein Arbeitslohn von 106 Mark Bargeld, für 250 Mark Schmuckgegenstände und 1100 Mark in Wertpapieren zufällt; dann sucht er die Bureaus und Behältnisse von Fabrikgebäuden nächtlich auf, wobei er mitunter nachweislich einen geladenen Revolver mit sich führte, bricht in einen Laden ein, schreibt Erpresserbriefe und faßt schließlich auch den Entschluß, einem Fabrikbesitzer an das Leben zu gehen, doch kommt es nur zu einer Körperverletzung desselben.

Bei den ersten Straftaten war Ha. geständig und zeigte bei den Verhandlungen ein gedrücktes Wesen; ja er verweigerte sogar im Anfang der Untersuchungshaft die Nahrungsaufnahme, bei den späteren Verhandlungen trat er ungenierter auf und überließ es den Richtern, das Recht zu finden.

Anfang 1908 trat Ha. seine Zuchthausstrafen an und gab anfänglich auch zu besonderen Bemerkungen keinen Anlaß, wenn er auch als minderwertig angesehen wurde. Dann verrannte er sich eine Zeitlang in den Gedanken, Methodist zu werden, aus der Kirche auszutreten, und begründete dies mit „inneren Konflikten", wobei er recht erregt wurde und keinem Zuspruch zugänglich war.

Daneben war er aber gegen weltliche Genüsse, soweit solche noch zu erreichen waren, durchaus nicht abgestumpft; er hatte recht lebhafte Wünsche über die Anschaffung von Büchern, behielt heimlich Tabak zurück und rauchte ihn trotz strengsten Verbotes; er bat, deswegen belangt, um möglichst harte Strafe, damit er dann auf der Krankenabteilung bleiben könne.

Als Kern seiner „Gewissenskonflikte" schälte sich dann allmählich heraus, daß er der Kirche Lüge zum Vorwurf mache, denn sie rede immer von Recht und Gerechtigkeit — ihm aber versage man jedes Recht, selbst die Anfechtung seiner viel zu harten und ungerechten Verurteilung.

Anfang 1912 ist er dann schon im besten Zuge: „Man sei hier kein Mensch mehr und werde, wenn man menschliche Ansprüche stelle, auf seine Straftaten hingewiesen." „Er habe von Anfang an beim Oberlandesgericht und Reichsgericht Revision eingelegt; es sei aber alles umsonst, da er kein Geld habe, sich Rechtsanwälte zu halten und es im Hinblick auf seine wirklich von ihm „ausgeführten Verbrechen für wahre Schurken kinderleicht gewesen" sei, ihm auch andere in die Schuhe zu schieben, die er nicht begangen habe. Das sei alles geschehen, damit auf seinem Ruin andere sich eine Existenz bauen könnten; ein gegen ihn tätig gewesener Kriminalbeamter sei Wachtmeister geworden, dafür sei seine Existenz vernichtet. Er könne nicht begreifen, daß Menschen, die von Ehre und Christentum sprächen, immer die ersten seien, einem Armen sein einziges Gut, das Recht, abzuschneiden."

Dann bezichtigt er den Kriminalbeamten G. des Meineids und der Verleitung dazu, glaubt sich widerrechtlich der Freiheit beraubt, fügt sich nicht mehr in die Ordnung und sieht in jeder Disziplinierung für sein unvorschriftsmäßiges Benehmen eine Mißhandlung. Schließlich bietet er das ausgeprägte Bild einer paranoiden Haftpsychose, wird mißtrauisch, glaubt, daß man ihn durch Gift beseitigen wolle, da man sich vor seinen Enthüllungen fürchte, und fühlt sich auch im Krankenhause nicht sicher und bleibt aufsässig.

Er wird der Anstalt für Geisteskranke zugeführt und ändert hier sofort sein Verhalten, indem er fügsam ist, arbeitet, in der Freiheit sich gesellig zeigt und an Spiel und Unterhaltung beteiligt.

M. H.! Ich habe Ihnen hier mit voller Absicht einmal einen Einblick in das Entstehen einer paranoiden Haftpsychose gegeben; diese Form der Umarbeitung von Nebenumständen zu entlastenden



Hauptmomenten begegnet man häufig genug; bei späterer Gelegenheit werde ich auf andere Formen zu sprechen kommen. Die innere Verbitterung und Zersetzung, die nach der ersten Verurteilung zu 6 Jahren Zuchthaus, vom „vergeblichen" offenen Geständnis zunächst zur Ableugnung führte, sieht in der dadurch gegebenen Möglichkeit schärferer Beurteilung natürlich ein Unrecht, das immer mehr das anfänglich vielleicht noch vorhandene spärliche Rechtsgefühl überwuchert und nur bis zu einer wahnhaften Steigerung eigener Wertschätzung emporwächst.

Häufig gesellt sich noch ein Gedankenlautwerden dazu oder es summiert die Suche nach Beweisen für diese Gedankenrichtung aus belanglosen Kleinigkeiten ein Wahnsystem, das aus Pseudohalluzinationen und krankhaft beeinflußten Schlußfolgerungen mitunter ein unzerreißbares Netz bildet.

Hat sich der Gedanke an ein erlittenes Unrecht erst einmal festgesetzt, so wird jeder Widerstand gegen die (an sich unbegründeten, oft schon formell unsinnigen Wiederaufnahmeanträge) nicht nur zum Unrecht, zur rechtswidrigen Vergewaltigung, sondern auch Grundlage eines Argwohns, auf dem sich dann die Beseitigungsfurcht paralogisch aufbaut.

Und ist diese erst da, so genügt eine etwas schärfer gesalzene Suppe, ein unbekanntes Gericht, ein strengerer Geruch oder etwas anderes Aussehen schon dazu, diese Besorgnis zur Gewißheit zu machen, und die Wahnideen stehen vor der Tür.

Begünstigend kommt hier hinzu, daß wir tatsächlich oft genötigt sind, um Zwangsmaßregeln, und hierzu gehört das vielfach wohl überschätzte „Dauerbad" gewiß, oder unerwünschte Aufregungszustände zu vermeiden, Kranken Beruhigungsmittel möglichst unbemerkt im Essen zu verabfolgen. Der Gedanke, es könne „Gift" im Essen sein, ist daher wenigstens bei erregten Kranken an sich noch nicht ganz absurd. Ist doch eine der Hauptbedingungen für die praktische Verwendung der Beruhigungsmittel gerade ihre Gemacklosigkeit.

Natürlich geben wir keine Giftmengen und natürlich erfolgt die Medikation nur im Interesse des Kranken.

Der paranoide Häftling glaubt aber jede Maß regel gegen ihn beargwöhnen und das schlimmste befürchten zu müssen.

Häufig treten ja diese krankhaften Ideen mit der Einlieferung in die Heilanstalt sofort oder bald ganz oder teilweise zurück, weil er sich hier sicherer fühlt, oft genug aber dehnen sie sich auch bald auf die neue Umgebung aus.

Und selbst wenn man hier keine Verfolgungs- und Vergiftungsideen von ihnen hört, der Kranke nichts Auffälliges bietet, sondern nur gelegentlich keinen Appetit hat, oder sein Essen gutmütig verschenkt oder vertauscht hat, weil „der andere" es so wollte, ist es notwendig, manchmal genauer nachzuforschen, daß „er doch denen drüben nicht den Gefallen tun werde, sich hier lebendig begraben zu lassen", als entgleisende Erklärung der regelmäßigen Nahrungsaufnahme.

Und wie hiermit, ist es mit anderen Anzeichen des „Zuchthausknalles" auch.

Es sind durchaus nicht immer die denkschwachen Menschen, welche dieser Psychose erliegen, sondern der Intelligentere ist auch hier wie in manch anderem Gebiete unseres Strafvollzuges benachteiligt, wenn ihm nicht eine sozial gefestigte Lebensanschauung schützend und korrigierend zur Seite steht.

Wer von Anfang an darauf eingestellt ist, unsere Gesellschaftszustände und unser Rechtsverfahren als ungerecht und ungesund anzusprechen, bei dem ist es kein Wunder, wenn seelische Konflikte den sozialen Konflikten den Rest geben.

Die Wurzeln der Haftpsychose liegen demnach nicht in der Haft, sondern in der Verurteilung bezüglich in den Folgen der Straftat, die in Unter suchung und Hauptverhandlung schon greifbare Form gewinnen. Ihre Ausbildung, ihr Ausbruch erfolgt — wie der Name sagt — in der Haft. —

Bei Ha. traten leichte Anzeigen seiner paranoiden Denktätigkeit sehr bald wieder hervor. Zunächst mußten wieder die „Pfaffen" herhalten; die gute Freunde mit den Reichen wären, den Armen aber nur Geduld und Demut zu predigen wüßten. Dann kam er mit seinen Vergiftungsideen. Er habe drüben im Zuchthause Gift bekommen, damit seine Leiche an die Anatomie verkauft werden könne; denn für jede Leiche erhalte der Zuchthausdirektor 25 Mark und davon baue er sich eine Villa. Auch die Beschuldigungen gegen die Zeugen in seinem Prozeß wegen Brandstiftung und Mordversuchs hält er aufrecht.

Dabei ist er recht oft gedrückter Stimmung, hofft aber trotzdem, bald wieder entlassen zu werden und trägt sich mit Zukunftsplänen. Zunächst will er dann an eine große Redaktion gehen und den ganzen „Schwindel" aufdecken, der mit ihm getrieben sei, dann diesem ungastlichen Lande den Rücken kehren und nach Afrika in die Kolonien auswandern. Wenn man ihm jetzt auch verwehren könne, zum Generalstaatsanwalt zu gehen, so werde er später seine Sache dem Minister vortragen, und



als geborener Sachse habe er auch Anspruch darauf, beim Könige vorgelassen zu werden.

Die ihn beherrschende Gehässigkeit gegen die herrschende Weltordnung kehrt er bei jeder Gelegenheit unverblümt hervor. So beantwortet er z. B. bei der Intelligenzprüfung die Fragen: „Wer war Martin Luther?" mit: „ein Pfaffe, von dem will ich nichts wissen." „Bismarck?" „Der hat auch nichts getaugt." „Goethe?" „Ein Dichter, den mag ich gut leiden, der hat gesagt, alle Menschen werden selig, es kommt gar nicht darauf an, was sie auf Erden gemacht haben." Wenn er neben diesen Antworten, die einen gewissen Rückschluß darauf zulassen, wo er seine Lebensanschauung sich gebildet hat, auch ganz unsinnige Antworten gibt, z. B. behauptet, Bismarck sei Generalfeldmarschall und Reichstagspräsident gewesen, ein Pfund Eisen sei „natürlich" schwerer als ein Pfund Blei, nicht wissen will, in welcher Himmelsgegend die Sonne aufgeht, und zunächst behauptet, der König von Sachsen hieße Christian, so kann man deswegen seine Intelligenz im großen ganzen doch nicht als schlecht bezeichnen. Schon seine Elementarkenntnisse in Rechnen und Erdkunde zeigten Durchschnittsmaße. Auch wenn er seine Zukunft völlig falsch beurteilte, z. B. entlassen sein will, glaubt, daß er jederzeit vor der Öffentlichkeit bestehen könne, so tritt hier zu der krankhaften Selbstüberschätzung doch der oft von ihm betonte Willen hinzu, den Menschen, die zu ihm gehören und an denen er „soviel verschuldet habe", nun auch wieder viel gut zu machen. Er ist eben auch noch jung, und Jugend hofft auch unberechtigt oder macht sich, wie er selbst schreibt, „Illusionen für die Zukunft". Freilich gehen seine „Erwartungen" über das berechtigte Maß hinaus, und seine Empfindungsäußerungen sind mehr pathetisch als ethisch.

Er hält sich für ein Opfer der verkehrten weltlichen und sittlichen Ordnung, lehnt sich aber gegen die Anstaltsordnung nicht auf und ist auch in seinen Briefen, die er fleißig an seine Angehörigen schreibt, seit längerer Zeit nicht mehr ausfällig geworden. An seiner Großmutter und Tante hängt er sehr und wendet der Mutter seines Kindes seine Arbeitsgroschen zu, soweit er kann. Daß auch diese ihn nicht haben fallen lassen, ist ihm eine große Freude. Er ist auch heiterer geworden, ja öfter sogar zu Späßen geneigt, spielt gern und nicht schlecht Zither. Alles in allem ist eine Besserung eingetreten — nur seine sozial-paranoischen Ideen hält er fest.

Körperlich wäre hervorzuheben, daß er Pockennarben hat, die aus seiner Kindheit stammen, also von ernsteren Krankheiten in der Entwicklung nicht ganz frei gewesen ist, und einige kleine nervöse Störungen aufweist (Patellar- und Achillessehnenreflex gesteigert, feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger; Temperatursinn und Berührungskoeffizient geschwächt, Schmerzempfindlichkeit dagegen nicht herabgesetzt). Trotz seiner fürchterlichen Verkommenheit und antisozialen Betätigung gehört Ha. hier immer noch zu den erfreulichen „Charakteren". (Fortsetzung folgt.)

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

J. Donath (Kriegsbeobachtungen über hysterische Stimm-, Sprach- und Hörstörungen (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1916, XL, 5) beschreibt folgenden Fall vollständiger und zwar organischer Taubheit durch basale Blutungen infolge Fractura basis cranii, durch Lumbalpunktion geheilt.

21 jähriger Infanterist, am 31. Oktober 1915 ins Spital aufgenommen; schwerkrank darniederliegend, vollständig taub, so daß die Fragen nur schriftlich an ihn gerichtet werden können. Berichtet mit leiser, langsam skandierender Sprache, daß er am 21. Oktober 1915 durch Granatexplosion aus der Deckung herausgeschleudert wurde, wobei er unter ein Felsstück geriet, unter dem er hervorgezogen werden mußte. Wurde in bewußtlosem Zustande auf den Hilfsplatz getragen. Wie lange die Bewußtlosigkeit gedauert hat, weiß er nicht. Blutete aus Nase, Ohren und Mund und erbrach auch. Leidender Gesichtsausdruck. Blick starr, seitlich gewendet. Wimmert fortwährend wegen heftiger Kopfschmerzen, klagt über Ohrensausen und Brustschmerzen; letztere schreibt er dem auf ihn gefallenen Stein zu. Schlaflosigkeit.



Verständnis erhalten; liest das ihm Aufgeschriebene, nur ist die Auffassung verlangsamt. Temperatur von 36,6 bis 36,9°.

3. November: Lumbalpunktion, diagnostisch und mit Rücksicht auf die heftigen Kopfschmerzen und Hirndruckerscheinungen. Es wurden unter starkem Druck 40 ccm kristallklarer Liquor entleert; mikroskopischer Befund: normale Verhältnisse, auch bakteriologisch.

Die Wirkung der Lumbalpunktion war auffallend: die Kopfschmerzen hatten sofort wesentlich nachgelassen, das Gehör ist am dritten Tag zurückgekehrt. Eine Zeitlang bestanden noch subfebrile, mitunter auch über 40° C steigende Temperaturen (Resorptionsfieber?).

Am 10. November: freies Sensorium, gute Intelligenz, vollständiges Gehör; ohrenärztlicher Befund am 19. November: normale Verhältnisse. Keine Störung der Augen- und Zungenbewegungen. Leichte linksseitige Extremitätenparese mit Schwäche des r. Mundfazialis bestand noch einige Zeit als der Kranke schon herumging. Sehnen- und Periostreflexe an den Ober- und Unterextremitäten gesteigert. Tremor linguae et manuum, besonders linkerseits. Urinentleerung normal; Stuhlverstopfung. 15. Februar 1916: noch psychasthenischer Zustand. Lesen geht etwas schwer; ermüdet dabei leicht und verliert die Geduld. Einfache Additionen vermag er nicht im Kopfe auszurechnen, was er früher konnte.

Er spricht von den Leiden des Feldzuges und den Angriffen. Nachts träumte er von Schlachtenszenen und läßt laute Kommandorufe ertönen.

R. Sommer (Epilepsie und Krieg; Schmidts Jahrbücher der gesamt. Med. 1916 Bd. 324 S. 197) erwähnt außer Fällen von Epilepsie, die durch Kopfschußverletzung sich verschlimmerten, einen Fall, wo epileptische Symptome im Anschluß an Geschoßverletzung des rechten Auges auftraten, einen weiteren, wo nach einer schweren Schädelschußverletzung (Einschuß links an der Stirn, Ausschuß links hinter der Schläfengegend — beide so geringfügig, daß sie erst später entdeckt wurden) mit starken Sprechstörungen, die sich wesentlich besserten, ein Jahr später Epilepsie, und einen, wo solche 14 Tage nach leichten Säbelhieben auf den Kopf einsetzte. In diesen Fällen ließ sich irgendwelche Disposition nicht nachweisen. Nach letzterer muß immer gefahndet werden.

In der Diskussion zu Sommers Vortrag bemerkte u. a. Poppelreuter, daß, wenn man nicht nur den typischen Anfall und die Jacksonsche Rindenepilepsie, sondern die ganze Breite der Symptome, die man als epileptische bezeichnet, zusammenfaßt, man zu dem Resultat kommt, daß kein Hirnverletzter ohne Epilepsie ist (wie es sich ihm als das wesentlichste aus den Beobachtungen an ca. 700 Fällen von Hirnverletzten ergeben hat), ohne daß man die Symptomatologie der Epilepsie dabei ins Uferlose ausdehnt, wenigstens soweit es sich um die „neurologische" lokalisierbare Epilepsie handelt. Aber auch die „psychiatrische", nicht lokalisierbare, läßt sich nach der von Tilmann aufgestellten Lehre der diffusen Oberflächenprozesse, der Veränderungen der Arachnoidea auf eine sichere anatomische Grundlage stellen. Die Frage, ob lokalisierter oder allgemeiner Prozeß, muß vor der Entscheidung über einen chirurgischen Eingriff und Erfolg sicher beantwortet sein. Und wo ein allgemeiner Prozeß vorzuliegen scheint, darf die Feststellung eines etwaigen endogenen Moments nicht unterbleiben; darauf weist der Umstand, daß unter dem Hirnverletztenmaterial mit epileptischen Symptomen auffallend viel weniger häufig Zustände, welche Unzurechnungsfähigkeit bedingen, plötzliche Affekthandlungen und Dämmerzustände vorkommen als sonst bei Epileptikern.

Aschaffenburg erwähnte in der Diskussion einen Fall, wo 11 Monate nach einem schnell geheilten Stirnschuß, obgleich der Verletzte sich schon lange bis auf seltenes kurzes Schwindeligwerden wohlgefühlt hatte, nachdem er zum ersten Male drei volle Tage durchgearbeitet hatte, ein Status epilepticus einsetzte, ohne Drucksteigerung, wie sich bei der Lumbalpunktion ergab; die beiden Trepanöffnungen an der Stirn hätten auch zweifellos genügen müssen, jedes übermäßige Anwachsen des Druckes in der Schädelkapsel zu verhindern. Trotz aller Bemühungen starb der Kranke nach 24 Stunden. Die Autopsie ergab eine äußerst geringfügige Verwachsung beider Stirnpole mit der Dura und der Dura mit der darüberliegenden Haut, starke Blutüberfüllung der Hirnrinde, aber keinen Fremdkörper und keinen Anhaltspunkt für entzündliche Vorgänge.

Aschaffenburg erklärt, daß, während er früher hinsichtlich der Indikation der Operation sehr viel zurückhaltender gewesen sei als der Chirurg, er sich jetzt für verpflichtet halte, überall wo ein sicherer Anhalt für eine lokale Reizung oder einen lokalisierbaren Ausfall zu finden ist, zur Operation — vorausgesetzt, daß keine ernsten Gegengründe vorliegen — zuzuraten, und für berechtigt, bei weniger klarer Indikation mindestens nicht abzuraten.

Bungart (Diskussion) weist auf die Lumbalpunktion als wertvolles Hilfsmittel bei der



Beurteilung von Spätfolgen nach Kopf- und Gehirnverletzungen. Bei fast allen Hirnverletzungen liegen die gefundenen Werte immer an der oberen Grenze des Normalen, selbst bei Fällen, die man als gesund und mit Einschränkung arbeitsfähig betrachten muß, bei solchen, die neben subjektiven Beschwerden auch objektive Störungen zeigen, finden sich fast ausnahmslos Liquordruck- oder Liquoreiweißwerte, die das Normale wesentlich übersteigen. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Der Brandenburgische Provinzialausschuß** stimmte dem Antrage des Landesdirektors zu, für einen Arbeitsplatz in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München die erforderlichen Mittel zu bewilligen.

Referate.

— **Zur Kenntnis der Todesfälle nach intravenöser Salvarsaninjektion.** Von Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Kerl. Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 39.

Beobachtung von zwei Fällen. Es liegt Alkoholabusus mit größter Wahrscheinlichkeit vor. „Die Widerstandskraft der Gefäße, durch Alkohol sowie durch verschiedene Noxen herabgesetzt, kann für die Anforderung, die das Salvarsan an die Gefäße stellt, nicht mehr auslangen, und dieses Mißverhältnis zwischen dem Gefäßzustand und der dem Gefäßsystem zugemuteten Aufgabe scheint uns die Ursache für die letalen Zwischenfälle zu sein." B.

Personalnachrichten.

— **Owinsk.** Dr. Werner ist zum Geheimen Sanitätsrat ernannt worden.

— **Suttrop.** Am 23. Oktober 1917 fiel im Westen der Oberarzt Dr. Scherenberg, Stabsarzt bei einem Garde-Regiment.

— **Tübingen.** Professor Gaupp hat den Ruf nach Heidelberg als Nachfolger von Geheimrat Nißl abgelehnt.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 43/44. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von
Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle, Chefarzt Dr. **Beyer**, Roderbirken b. Leichl., Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich, Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg, Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam, Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin), Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden), Prof. Dr. **Friedländer**, Hohemark, San.-Rat Dir. Dr. **Herting**, Galkhausen (Rhl.), Ober-Med.-Rat Dr. **Ilberg**, Sonnenstein b Pirna (Sachsen), Dir. Dr. **Kluge**, Potsdam, Ob.-Med.-Rat Dir. **Kreuser**, Winnenthal (Württ.), Dir. Dr. **Lehmann**, Lindenhof, Geh. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R., Dir. Dr. **v. Olah**, Budapest, Prof. Dr. **A. Pilcz**, Wien, Reg.-Rat Dr. **H. Schlöß**, Wien, Geheimer Rat Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Göttingen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Gießen, Reg.-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (N.-Ö.), Kgl. Med.-Rat Dir. Dr. **Vocke**, Eglfing bei München, Prof. Dr. **Heinrich Vogt**, Nervenarzt, Frankfurt a. M., Dir. Prof. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 43/44. 19. Januar **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff,** z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

(Fortsetzung).

Fall IV.

Viel betrübender für unser soziales Empfinden aber liegen die Dinge bei dem am 17. Januar 1889 in Birkwitz geborenen Fabrikarbeiter Arthur Alwin Hö.

Schon die Charakteristik des Staatsanwalts ist sehr vielsagend: „Roher, völlig gefühlloser, heimtückischer und scheinheiliger Mensch, der bei seiner Arbeitsscheu seinen Lebensunterhalt aus dem Erlös von Diebstählen und widernatürlicher Unzucht bestritt."

Für den, welcher Beurteilungen von dieser Seite als einseitig gefärbt zu nennen geneigt sein sollte, sei gleich hinzugefügt, daß Hö. als hier vornehmlich in Frage kommende Straftat seine Wohltäterin, eine 72 jährige Greisin, die ihn wiederholt aus Mitleid, das er durch Heuchelei bei ihr hervorgerufen hatte, mit Nahrungsmitteln, Kleidung und Geld unterstützt hatte, und der er nur zu Dank verpflichtet war, in roher Weise würgte, bis sie ihm ihre letzten Spargroschen aushändigte.

Die Mißhandelte starb wenige Tage nach dem Raubanfall an sekundären Folgen des Würgens.

Außerdem war, wie wir sehen werden, auch sonst der Lebenswandel Hö.s durchaus geeignet, die allerschärfste Kritik herauszufordern.

Er wurde im Elternhause erzogen und besuchte acht Jahre die Volksschule. Erbliche Belastung ist nicht nachgewiesen, aber auch sonst sind nähere Angaben über seine Entwicklung, Anlagen, schädlichen Einflüsse und die häuslichen Verhältnisse nicht vorhanden.

Nach dem Schulbesuch war er erst landwirtschaftlicher Arbeiter, dann Fabrikarbeiter und zuletzt Aushilfskellner.

Es hieße dem Kellnerstande Unrecht tun, schon hieraus einen Schluß auf die Arbeitslust Hö.s zu ziehen; und wenn wir hören, daß er 1907 bereits, also 18 Jahre alt, wegen Bettelns, Betruges in vier Fällen und Diebstahl in zwei Fällen zu allerdings noch kleinen Gefängnisstrafen verurteilt wird und 1908 außer einigen Haftstrafen sich sechs Monate Korrektion zuzieht, so gewinnt die Sache auch schon ein anderes Aussehen.

Bei seinen Diebstählen ging er in der Weise vor, daß er in die Wohnungen alleinstehender Frauen in deren Abwesenheit eindrang und, teils indem er falsche Schlüssel benutzte, teils den Aufbewahrungsort der richtigen Schlüssel fand, Kästen und Schränke nach aufbewahrtem Geld und Wertgegenständen durchsuchte oder sich an Wäsche und Kleidungsstücke hielt.

Auch die erwähnte alte Frau erleichterte er am 10. Januar 1910 gelegentlich eines Besuches, den er ihr machte, um zwei Geldtäschchen und einen Fünfmarkschein, die in ihrer kleinen Wohnung herumlagen; doch scheint die Bestohlene keinen Argwohn gefaßt zu haben, denn sie beköstigte ihn wenige Tage später wieder bei sich und schenkte ihm eine Mark. Diese entnahm sie dem obersten Kommodenfach, und Hö. wußte nun, wo er ihre Barmittel — ein paar hundert Mark — zu suchen haben werde.

Zunächst fielen ihm bei einem anderweitigen



Einbruch einige Wertsachen und 47 M Bargeld in die Hände, und dieses Geld sang sein gewaltiges Locklied; schon zwei Tage später verfügte er sich in das Haus, in dessen vierten Stock die H. wohnte, fand aber die Tür verschlossen. Nun versteckte er sich ein Stockwerk höher an einer Stelle, wo er von einem vorspringenden Lichthof aus in das Schlafzimmerfenster der alten Frau einsteigen konnte, das diese gewohnheitsmäßig gegen Abend öffnete.

Er wollte sich dann ins Schlafzimmer schleichen, dort, unter dem Bett versteckt, abwarten, bis dieselbe eingeschlafen sei und dann die Kommode erbrechen, wobei er die starke Schwerhörigkeit der alten Frau als begünstigend in Rechnung stellte. Die Frau Heinz öffnete auch gegen 10 Uhr das Fenster und Hö. stieg ein und verbarg sich plangemäß.

Vor dem Schlafengehen leuchtete sie aber noch einmal ihr Zimmer ab; Hö. glaubte sich entdeckt und stürzte sich auf sie, wobei er ihr die Kehle zudrückte, um sie am Schreien zu verhindern. Als ihr doch gelang, einige Hilferufe auszustoßen, schlug er mit der Faust auf sie ein und steckte sie in eine mit Wasser gefüllte Zinkwanne. Die Heinz bat hierbei wiederholt um ihr Leben, versprach ihm ihr ganzes Geld auszuhändigen, und Hö. ließ von ihr ab, zumal als Stimmen im Hausflur laut wurden.

Die Heinz gab ihm dann ihre 249 M aus der Kommode und die 2,40 M aus dem Geldtäschchen; Hö. nahm alles an sich und flüchtete damit über den Lichtschacht und das Dach.

Die Beraubte erlag drei Tage später unter dem Bilde einer Lungenentzündung den Mißhandlungen und der Aufregung.

Trotzdem Hö. nicht mit Mordabsicht sich getragen und auch den Tod nicht direkt herbeigeführt hatte, erkannte das Gericht infolge der bekundeten Roheit und Gemütsstumpfheit und des sonstigen antisozialen Lebenswandels des Täters auf lebenslängliche Zuchthausstrafe. Außerdem blieben ihm aus formalen Gründen wegen Diebstahls noch vier Jahre Zuchthaus darüber hinaus, die also bei einer eventuell in Betracht kommenden Entlassung nach 25 oder 30 Jahren Strafverbüßung in Betracht zu ziehen sein würden. Der gerichtsärztliche Anteil bei diesem Strafprozeßverfahren erstreckte sich einmal auf die Frage, ob die Lungenentzündung in ursächlichem Zusammenhange mit dem Würgen und dem Angriff stehe, die bejaht wurde, und die auf Zurechnungsfähigkeit des Täters, da in Anbetracht des bekundeten Mangels an ethischen Momenten Zweifel auftauchen konnten.

Gerichtsarzt Dr. O. erkannte dem Angeklagten wohl eine Minderwertigkeit auf moralischem und intellektuellem Gebiete zu, die Zubilligung des Schutzes des § 51 blieb aber in der Hand des Gerichtshofes, welcher sich bei der Aussichtslosigkeit, daß Hö. noch jemals ein brauchbares Glied der menschlichen Gesellschaft werden könne, hierzu nicht veranlaßt fühlte.

Diese (angeborene) Minderwertigkeit bekundete sich nun bei der Zuführung in das Zuchthaus, die Ende 1910 erfolgte, abgesehen von den schon erwähnten Ausfällen auf geistigem Gebiet durch große körperliche Schwäche, die ihn nur zu leichter Arbeit befähigte. Außerdem gab er an, daß er an Zuckerharnruhr leide und homosexuell sei.

Beide Angaben erwiesen sich insofern als richtig, als der Urin tatsächlich, außer Eiweiß, Zucker enthielt und der After schlaff war und klaffte. Als Ergänzung hierzu gab er an, daß er bei einer Frau T. gewohnt habe; diese habe ihn zu widernatürlicher Unzucht verwendet und ihm auch „verfälschtes Getränk" zu trinken gegeben, so daß er seine Tat nicht im Vollbesitz seiner Willensfähigkeit begangen habe. Der bevorstehende Prozeß gegen diese Frau T. werde seine Strafe abmildern.

Das letztere ist nicht eingetreten; ob ihn diese Frau der passiven Päderastie, für die der Befund am After ja genugsam sprach, zugeführt hat, ob eine andere Gelegenheit, kann hier gleichgültig sein.

Äußerlich sichtbare Defekt- oder Zwitterbildung der männlichen Geschlechtsteile bestand nicht und die Libido virilis bekundigte sich durch häufige Onanie.

Man kann also bei ihm annehmen, daß er kein Urning mit anatomisch begründeter Anlage ist, sondern auch aus der perversen Unzucht nur eine Einnahmequelle gemacht hat.

Dem Strafvollzuge machte er von vornherein Schwierigkeiten. Sehr bald wurde seine Versetzung auf die Krankenstation empfohlen, wo er an Gewicht zunahm und sein Urin zuckerfrei wurde.

Wieder auf der Abteilung wurde er eigensinnig, beging unvorschriftsmäßige Handlungen, wobei er sich „dumm" stellte, und trat mit absonderlichen Klagen auf. Er schlafe schlecht, weil er das nicht gewöhnt sei; warum, das sei Geheimsache; er grimassierte viel und schimpfte viel.

Schließlich verlangte er seine Entlassung, seine zwei Jahre seien um und das „lebenslang" hätte er nicht angenommen. Dann zeigte er katatone Zustände, Echopraxie, Schnauzkrampf, Grimassieren, Befehlsautomatie, behauptete, er habe „geheime Zähne", im Munde sei alles verfault, nicht kauen zu können, geheime Sachen zu haben, die mit dem



Geist telephonierten, sich die Finger abgehackt und aufgeblasen zu haben aus geheimer Ursache u. dgl. mehr, so daß an eine Dementia praecox incipiens gedacht wurde.

Er wurde daher im August 1911, also nach noch nicht zweijähriger Strafverbüßung der Anstalt für Geisteskranke zugewiesen — und ist noch heute in ihr, ohne daß jemals ein Versuch gemacht werden konnte, ihn wieder der Strafhaft zuzuführen.

Über seine abnorme Geschlechtsbetätigung kann ich mich kurz fassen; einmal werde ich später bei dem Kapitel der Lustmörder echter und unechter Art, noch auf diese „Verirrung" oder „Widernatürlichkeit", wie man will, einzugehen Veranlassung haben, und dann ist hier tatsächlich auch nur bemerkt, daß Hö. an anderen Kranken herumstreichelte und sie tätschelte. Er galt aber unter den Kranken in früherer Zeit als „warmer Bruder" und war nach Aussage des Oberpflegers wegen seiner bedenklichen Liebenswürdigkeit einmal längere Zeit im Einzelzimmer untergebracht. Auffallenderweise soll er dabei in der Anstalt durchaus aktive Päderastie beabsichtigt haben. Damit wäre die Unechtheit seiner „Veranlagung" an sich schon mehr wie wahrscheinlich, wie ich überhaupt glaube, daß er in der Freiheit nur des leichten Erwerbes wegen sich hingegeben hat, selbst aber keinerlei feminine Reize empfunden hat.

Und das ist das Wesentliche.

Daß er dadurch Geld verdient habe, gibt er offen zu, ja er behauptet auch, längere Zeit „Mitglied eines Bordells" gewesen zu sein; da habe er sich das nächtliche Schlafen auch abgewöhnt.

Wenn er aber behauptet, er sei früher schon in München zum Arzt Dr. H. gegangen, damit ihm erlaubt werde, Weiberkleider zu tragen, habe aber Abstand nehmen müssen, davon zu sprechen, da sein Vater mitgegangen sei, so hat er entweder damals dem Arzte etwas vormachen wollen — oder jetzt.

Er bleibt ja dabei, keine Libido virilis zu haben, sondern weiblichen Reiz und auch noch nie mit einem Weibe verkehrt zu haben; wenn er manchmal onaniere, so sei dies nur Notbehelf, seine Gedanken seien dabei passiver Natur. Echt klingt mir das nicht.

Was nun die Diagnose „Dementia praecox" angeht, so wurde sie, abgesehen von der schon erwähnten Unbotmäßigkeit, dem Äußern unsinniger Ideen mit Gedankenarmut und -trägheit, häufiger Wiederholung der Bezeichnung „geheim", dem schüchternen Zugeben von Stimmenhören, dem Nachahmungstriebe typischer Art, auch durch körperliche Symptome insofern gestützt, als Hö. schlaffe Muskulatur, keine Dermographie und Zyanose der Hände aufwies. Dazu kam eine äußerst schüchterne, wortkarge Sprechweise sowohl auf der Station wie unter vier Augen, die den Eindruck eines Hemmungszustandes machte. Wie so häufig, trat in der Irrenanstalt zunächst auch hier ein Wechsel in der Intensität und Form der Krankheitserscheinungen auf.

Zunächst verloren sich eine Reihe seiner katatonen Erscheinungen in der Heilanstalt sofort und kehrten nicht wieder.

Er fügte sich in die Anstaltsordnung, arbeitete fleißig und regelmäßig, kam dem Arzt nicht mit Klagen und zeigte keinen Nachahmungstrieb mehr oder sonstige automatenhafte „Angewohnheiten".

Höchstens ist seine Arbeit als mechanisch zu bezeichnen — zum guten Teil liegt dies aber in ihrer Art (Tütenkleben).

Dagegen blieb seine Abgeschlossenheit, auch in den Freizeiten; er grimassierte häufiger noch einmal, sprach oder lachte vor sich hin, so daß mit Sicherheit auf ein Stimmenhören geschlossen werden konnte, und zeigte sich verworren.

Auch hier verkannte er seine Lage. Er verlangte „nun endlich" seine Entlassung; es müsse doch nun herausgekommen sein, daß er den Mord nicht verübt habe, vielmehr ein gewisser Krug aus Dresden, der auf den Namen Hö. gehe. Er. sei aus Posen und heiße Dutzibi (!). Dann behauptet er einmal: er sei auch schon „seit dem dritten Jahrhundert in Tilsit gewesen"; „wir sind die Huren, die reisen überall herum, russisch, polnisch, chinesisch und alle Welt- und Provinzsprachen; wir gehen unterirdisch mit Schwefel um, das sind die Weltetagen." Er will sich viel Geld zusammengehurt haben und liefere 80 Millionen, wenn der Staatsanwalt ihn frei lasse.

Von seiner Tat stellt er den Mordversuch ganz in Abrede, die Diebstähle gibt er zu, doch will er sie aus Gutmütigkeit für seine Wirtinnen begangen haben, die arm und oft in übler Lage gewesen seien — vielleicht war er ihnen auch selbst pecuniär oder anderweitig verpflichtet.

Erregungszustände von der Heftigkeit der Dementia praecox hat er nicht; er schimpft wohl mitunter etwas grob und laut, ärgert sich auch über ihm nicht zusagendes Essen; der Zustand dauert aber gewöhnlich nicht lange und tätlich ist er noch nicht geworden.

Seine Intelligenz ist schwach, doch rechnet er einfache Aufgaben ganz gut und weiß in der Geographie Sachsens im großen ganzen Bescheid. Die Zinsen von 100 M zu 3% im Jahre kann er aber nicht ausrechnen. Dagegen weiß er den Namen



des regierenden Königs nicht, weiß auch sonst wenig über die Zusammensetzung, Entwicklung und Verfassung des Deutschen Reiches anzugeben und zeigt auch auf dem Gebiet der Religion große Lücken an Erinnerung und Auffassung.

Körperlich weist er neben den schon genannten Erscheinungen eine auffallende Nase, etwas steilen Gaumen bei symmetrischem Schädelbau, defekte Zähne und unreinen schärfer akzentuierten zweiten Aortenton auf. Eine Herabsetzung der Sensibilität dagegen bestand nicht.

Über körperliche Beschwerden klagt er sehr selten, nur daß er sich oft matt und schwach fühle; er habe eben früher zu viel geliebt. (!)

Die strafrechtlichen Folgen weist er von sich; seine Diebstahlsstrafen habe er verbüßt, das andere gehe ihn nichts an, habe er auch nicht angenommen, wenigstens nicht für sich, höchstens für den Krug, der auch im Bordell gewesen sei. Darüber dürfe niemand schlecht reden, das sei „Geschäft", wie jedes andere.

Im Laufe der Zeiten trat nun auch der der Dementia praecox anhaftende progressive Charakter hervor.

Der Kranke wurde stumpfer und verworrener; sein Drängen auf Entlassung verlor sich; die Erinnerungslücken wurden größer, die geistige Regsamkeit noch mehr abgeschwächt und die geschlechtliche Reizbarkeit trat zurück, so daß er jetzt auf der Abteilung mit anderen Kranken untergebracht ist.

Ein paar kurze Fragen und Antworten vom gestrigen Tage gebe ich wieder.

„Sie wissen, was Ihnen zur Last gelegt ist." — „Es steht im Koppe, aber ich weiß es nicht." „Was machte denn die Frau an jenem Abend?" — „Sie saß am Tische und las seit 9 Uhr." „Sie haben sie also schon länger beobachtet?" — „Seit sieben Uhr, da war ich eingestiegen und hatte mich unter dem Bett versteckt." „Warum?" — „Ich wollte das Geld!" „Wollten Sie ihr denn etwas tun?" — „Ich dachte, sie würde schlafen." „Haben Sie ihr etwas getan?" — „Es steht im Koppe, ich kanns aber nicht sehen, da drinnen geschrieben steht: Ich weiß es nicht." „Würden Sie so etwas wieder tun?" — „Das Stehlen macht man fort, solange mans im Koppe hat." „Das andere auch?" — „Das ist egal." „Gab sie Ihnen das Geld?" — „Eine grüne Schachtel mit einem Teufelbild darauf mit 150 M und ihr Portemonnaie. Ich habe sie auf den Kopf geschlagen, damit sie mich nicht hindern konnte." „Sie haben die Frau getötet, tut es Ihnen leid?" — „Davon steht nichts geschrieben." „Das war doch aber nicht nötig, da sie Ihnen das Geld gab." — „Ich weiß nicht, ob sie es mir gegeben hat oder nicht, ich wollte es haben."

Auch in diesen Antworten ist der Typus der Dementia praecox deutlich erkennbar.

Und doch — darum die Anführungsstriche bei der Diagnose eingangs dieses Falles —, man muß mit der Stellung dieser Diagnose bei Züchtlingen recht vorsichtig sein, wenn man keine Enttäuschungen erleben will.

Stuporöse Zustände mit katatonen Erscheinungen sind auch bei der Entwicklung einer Haftpsychose recht häufig und verlieren sich in der Irrenanstalt mehr oder weniger schnell, um erst bei erneuter Haft gleich oder später wieder aufzutreten, ohne daß damit gleich eine Simulation erwiesen wäre.

Auch hier treten die katatonen Züge bis auf wenige zurück, und es resultiert die paranoide Form mit Verblödungserscheinungen.

Diese finden wir noch am häufigsten bei unserem Krankenmaterial, doch habe ich Ihnen schon gezeigt, daß auch die Haftpsychose gern paranoiden Charakter annimmt, um dann entweder sich in der Anstalt zu bessern oder in die chronische Paranoia überzugehen, oder als halluzinatorisches Irresein zu enden.

Das letztere ist meiner Ansicht nach beinahe noch häufiger der Fall.

Mir selbst ist im Anfange meiner Tätigkeit hier auf Grund früherer Erfahrungen ein Irrtum in der Diagnose hierbei ein paar Mal unterlaufen und hat mich vorsichtig gemacht.

Aber auch in anderer Beziehung ist der Fall Hö. ganz interessant. Die Tatsache, daß der Kranke bereits bei seiner Aufnahme in die Anstalt stark auffällig wurde und im Strafvollzuge zunehmende Schwierigkeiten bot, könnte an sich den Gedanken nahelegen, daß Hö. auch zu der Zeit der Tat schon unter dem Einfluß krankhaft gestörter Willenstätigkeit stand.

Sehen wir uns die Tat aber darauf hin an, so bietet sich, außer dem Mangel ethischer Werte, weder in Plan noch Ausführung etwas Krankhaftes.

Man kann dem Richter daher gewiß nicht verargen, daß er die „Minderwertigkeit", welche der als Beirat hinzugezogene Arzt feststellte, dem Angeklagten nicht als Entschuldigungsgrund oder mildernden Umstand anrechnete, weil sie gewiß keine Garantie bot, daß noch „Aussicht vorhanden sei, Hö. könne sich noch zu einem brauchbaren Gliede der menschlichen Gesellschaft auswachsen".[1]) Sie erschien damals auch nicht derart, daß sie den-

[1]) Es ist dies im Urteil direkt betont.



selben dauernd der Heilanstalt überwies und so die Menschheit vor ihm schützte.

Trotzdem wird man als Psychiater sich des Verdachtes nicht erwehren können, daß damals die Grundlagen der Dementia praecox doch schon bei ihm gegeben waren; weiß man doch, daß die Anfänge derselben, wo die Entwicklung der Psychose nicht den Charakter einer Infektionskrankheit mit Fieber und ziemlich rascher geistiger Zersetzung zeigt, sich oft sehr langsam und schleichend entwickeln und als unbegreifliche „Charakterveränderung" dokumentieren. (Auf solche Fälle hat mich mein früherer Chef und Lehrer, Obermedizinalrat Matusch, Sachsenberg, besonders aufmerksam gemacht.)

Die Forderung, die von manchen Juristen daher vertreten wird, schon aus der Tat heraus müsse sich erkennen lassen, ob sie das Werk eines Geisteskranken sei, erfährt auch durch den Fall Hö. eine gewisse Illustration. Und wenn Sie die Reihe der Bilder einmal rückläufig durchgehen, die am Schlusse dieser Arbeit vor Ihnen liegen, wird trotz vorliegender geistiger Erkrankung doch in vielen Fällen die Tat an sich nichts Krankhaftes aufweisen.

Daß eine Dementia praecox aber durch Untersuchungshaft, Verhandlung und Strafvollzug entsteht, daran vermag ich nicht zu glauben.

Begünstigt wird ihr Ausbruch oder Fortschritt durch diese Momente werden können, mehr aber auch nicht.

Man soll ja nicht unserem Strafverfahren und den unvermeidlichen Folgen gar zu viel in die Schuhe schieben.

Daß der geistig Minderwertige, krankhaft Veranlagte den Ansprüchen, die durch dieses an ihn gestellt werden müssen, leichter unterliegt, als wenn er jeder Anstrengung, die für ihn oft genug schon in regelmäßiger Arbeit liegt, und jedem „Zwange" aus dem Wege gehen kann, ist an sich für die menschliche Gesellschaft noch nicht einmal eine Schädigung. — Und darauf kommt es vor allem an. — Nur wer das Individuum über alles setzt, kann daran Anstoß nehmen; daß aber dieser Standpunkt unrichtig ist, hält dem „Berliner Tageblatt" selbst die „Neue Zeit" vor, indem sie ausführt, daß, wenn man von der gänzlich unzureichenden Grundproblemstellung: „hier staatliche Organisation — hier Individuum" ausgehe, man sich damit von vornherein den Weg zu einer wirklichen Lösung aus quälenden Fragen versperre, und dieses verteidigt sich dagegen nur durch den Hinweis darauf, daß es für alle linksstehenden politischen Gruppen ein Glück sei, daß auf ihren geschichtlich überkommenen Programmen außer dem Liberalismus auch die Demokratie steht.

Viel Vertrauen zu diesen Programmen liegt darin gerade nicht. Daß nnn die Demokratie ihrerseits zu dem achilleischen „τεθνηκεν και Πατροκλος ἀμεινοθερον δε σοι ἀυτῳ" dem sozialen Minderwertigen gegenüber sich durchringen wird, wird niemand verlangen, wenn sie nur so viel aus diesem Kriege gelernt, daß unsere staatliche Organisation aufhört zu sein, so bald sie in ein kritikloses Massenkonglomerat gleichberechtigter Individuen zerfällt.

Der Richter wird daher, soweit er als staatliches Schutzorgan in Betracht kommt, selbst mit einer unverbesserlich zu Straftaten neigenden Minderwertigkeit nicht viel anfangen können, wenn diese Minderwertigkeit nicht so hochgradig ist, daß die Menschheit vor ihren Äußerungen anderweit geschützt werden kann.

Um so weniger sollte stimmungsfroh unverständige Kritik aus diesem Schutze der Allgemeinheit dem Sachverständigen einen Vorwurf machen, weil er in die Rechte des Individuums eingreift.

Und auch unser menschliches Gefühl erfährt eine eigentliche Entlastung erst dann, wenn dem Täter gemeinschädlicher Handlungen Geisteskrankheit oder wenigstens Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes nachgewiesen werden kann.

Daß dies nicht immer so leicht ist, weiß der Psychiater am besten, und auch der Fall Hö. wird nicht darin beirren können, für die Anwendung des Schutzes nur nach gewissenhaftester Prüfung einzutreten.

Bei Hö. war die geistige Krankheit nur noch nicht ausgereift, und auch die Tat legte hier weder durch ihre Brutalität noch die mit dem sonstigen Verhalten der Täter nicht in Einklang zu bringende Ausführung oder die Geringfügigkeit der Veranlassung den Verdacht auf psychische Anomalie schwerer Art nahe.

Für die beiden letzteren Punkte werde ich Ihnen jetzt und später Beispiele bringen, ebenso aber dafür, daß auch bei „geistig Gesunden" uns oft unerklärlich geringe Reize schwere Reaktion auslösen können. (Fortsetzung folgt.)

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

E. Röper (Zur Prognose der Schädelschüsse; Münch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 4) lenkt zunächst die Aufmerksamkeit auf die traumatisch-psychopathische Konstitution, die er recht treffend schildert. Er sagt:

Unter diesem Krankheitsbilde, auf das besonders Ziehen hingewiesen hat, lassen sich alle die geistigen Veränderungen, die nicht als einfache traumatische Demenz oder epileptoide Charakterveränderungen zu rechnen sind — doch ist zu dieser Gruppe der Übergang ein fließender — zusammenfassen. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes der traumatisch-psychopathischen Konstitution steht die veränderte affektive Erregbarkeit. Die Kranken sind äußerst reizbar und bilden auf der Abteilung die schwierigsten Elemente, da sie ständig mit den Mitkranken in Konflikte geraten, sie sind vielfach gedrückt, unlustig ohne äußeren Grund, doch ist die Stimmung äußerst labil. Zornausbrüche und Weinen folgen unmittelbar aufeinander. Immer ist eine erhebliche Intoleranz gegen psychische, toxische, thermische, optische oder akustische Reize zu beobachten. Alle diese Kranken sind alkoholintolerant. Sie können das Rauchen nicht mehr wie früher vertragen, bekommen, wenn sie sich der Sonne aussetzen, vor offenem Feuer arbeiten, sich im überheizten Zimmer aufhalten oder wenn es draußen schwül ist, lebhafte Kopfschmerzen. Fast regelmäßig kann man bei diesen Kranken beobachten, daß sie dazu neigen, sich abzusondern. Sie vermeiden es, sich an den Unterhaltungen der Kameraden zu beteiligen. Das viele Durcheinanderreden, das laute Sprechen macht ihnen Unbehagen. Viele neue Eindrücke aufzunehmen, ist den Kranken unangenehm. Ich erlebte wiederholt, daß sie ihnen angebotene Theaterbilletts oder andere Einladungen ablehnten. Intensives Nachdenken bereitet ferner Unlustgefühle; deshalb vermeiden diese Kranken schwerere Lektüre, schwierigere Kartenspiele, intensive Beschäftigung mit den Zeitereignissen. Sie erscheinen hierdurch interessenärmer, ohne eigentlich intellektuell geschädigt zu sein. Ein sehr häufig geklagtes Symptom ist auch die große Vergeßlichkeit, das ist die Herabsetzung der Merkfähigkeit. Natürlich finden sich nicht alle diese Symptome bei jedem Kranken; einzelne aber, sowie man genauer nachforscht, bei sehr vielen. Da die Hirnverletzten sehr häufig nicht in psychiatrische, resp. neurologische Spezialbehandlung kommen, erscheint es mir besonders wichtig, alle Ärzte, die mit derartig Verletzten zu tun haben, auf die psychischen, besonders die weniger in die Augen springenden affektiven Veränderungen hinzuweisen.

Bei der posttraumatischen Epilepsie (16 Fälle unter 134 überlebenden Kopfschüssen, also 12%) betont er, daß sie keineswegs sich vorwiegend bei den schwersten und ausgedehntesten Großhirnverletzungen einstellte und daß irgendwelchen endogenen Faktor bei den Betroffenen ausfindig zu machen nicht gelang.

Die traumatische Demenz wird nach dem bekannten Krankheitsbilde geschildert.

Nur einmal kam nach Hirnschuß eine Geisteskrankheit zur Beobachtung, außerdem nur eine fünf Tage anhaltende geistige Störung (manieartiger Erregungszustand), allerdings nach traumatischer Epilepsie.

Bei den Fällen von Lähmung war auffallend, daß je schwerer die Lähmungen, desto geringer durchweg die psychischen Ausfälle waren. Drei Kranke, denen je drei Glieder gelähmt waren, klagten außer über diesen Funktionsausfall kaum über Beschwerden.

Es werden nun in der Reihenfolge der einzelnen Großhirnlappen die besonders aufgefallenen lokalisierbaren Erscheinungen geschildert. Die fünf Fälle traumatischer Demenz betrafen dreimal Stirnhirn-, zweimal Scheitellappenverletzungen, u. zw. hier vorwiegend die hintere Hälfte. Bei den Fällen traumatischer psychopathischer Konstitution war in großer Zahl das Stirnhirn verletzt, doch nicht immer, wie sie ja mehr Folge allgemeiner Hirnschädigung ist. Die intellektuellen Ausfälle bei Stirnhirnverletzung zeigten sich besonders in Erschwerung der Assoziation und der Koordination des Gedankenablaufs. Zweimal bei Stirnhirnverletzung nächtliche Inkontinentia urinae, und zwar nicht als Zeichen epileptischer Anfälle, sondern eines Lokalsymptoms; in einem dieser Fälle bestanden eine Zeitlang katatone Symptome. In einem Fall erheblicher Stirnhirnverletzung, die tödlich ausging, bestand ein fast unstillbarer Drang zum Essen, der sich mit den sonstigen psychischen Ausfallerscheinungen nicht in Einklang bringen ließ. Fast immer waren bei Stirnhirnverletzungen die Bauchdecken-



reflexe beiderseits, mehrfach halbseitig aufgehoben, ohne Konstanz in der Beziehung zwischen Seite der Verletzung und der Aufhebung der Reflexe. Auch die übrigen Hautreflexe, besonders die Kremasterreflexe, waren öfters verändert. In einem Fall wurde wegen plötzlichen Verlusts der Bauchdeckenreflexe rechtzeitig die Diagnose auf tiefliegenden Stirnlappen-Spätabszeß und der Kranke von Lexer durch Operation bis zur Garnisondienstfähigkeit hergestellt.

Bei Verletzungen des Scheitellappens war in einem Fall die einzige Folge eines Tangentialschusses der völlige Verlust der Tiefensensibilität der rechten Hand, der nach und nach, jedoch nicht völlig zurückging, und in einem anderen der Verlust der Tiefen- und Oberflächensensibilität im Zeige- und Mittelfinger; in letzterem wurde über Gefühl von Gespanntheit in diesen Fingern geklagt; Schädeldach intakt. Bei Trepanation (Mac Lean) Entfernung eines haselnußgroßen Hämatoms und eines kleinen Splitters der Tabula vitrea. — Es wurden öfter ausgesprochene aphasische Störungen gemischten Charakters beobachtet (in drei Fällen blieb hochgradige, motorische Aphasie zurück), ferner Bradylalie, diese auch bei Verletzungen, die nicht die zentralen Sprachzentren getroffen hatten. Ein Fall mit motorischer und teilweiser amnestischer Aphasie, völliger Alexie und Agraphie infolge Hämatoms wurde nach 9 Monaten garnisondienstfähig.

Psychische Störungen wurden bei Verletzungen der hinteren Hälfte eines Scheitellappens, ähnlich wie bei solchen des Stirnhirns, beobachtet.

Die Verletzungen des Schläfelappens waren meist mit Schädigungen des inneren Ohres verbunden. In einem Fall von Menièreschem Schwindel infolge Verletzung des Gehörgangs durch Tangentialschuß blieb nach Abklingen der organischbedingten Ausfallsymptome das Krankheitsbild psychogen, schwand aber schließlich auf Suggestion gänzlich.

Hinterhauptslappen: Neunmal partielle und vollständige Hemianopsien, dreimal schwere doppelseitige hemianopische Störungen; einmal linksseitige komplette homonyme Hemianopsie als einziges bleibendes Symptom nach sagittalem Durchschuß. Die hemianopischen Defekte blieben während der Beobachtung stationär. Eine doppelseitige Hemianopsie nach Splitterung der Hinterhauptschuppe heilte fast gänzlich nach operativer Druckentlastung und Entfernung eines Splitters (umschriebene seröse Meningitis). In einem — dem einzigen — Fall von rechtsseitiger Kleinhirnverletzung trat nach Entsplitterung und nach einer Zeit relativen Wohlbefindens Verschlechterung ein, als deren Ursache sich ein Kleinhirnabszeß ergab, der nach Entleerung und nach Entfernung von Splittern sich nur langsam besserte. Die Symptome waren: Unsicherheit bei Bewegungen des rechten Armes und Beines, starrer, maskenhafter Gesichtsausdruck, geringes Mienenspiel, Adiadochokinesie im rechten Arm und Bein angedeutet, harte, abgehackte, stoßweise Sprache, Unsicherheit beim Gehen nur im Dunkeln, starker Drehschwindel.

Röper kann sich der optimistischen Beurteilung mancher hinsichtlich Gehirnschüssen nicht anschließen: 50% sterben in den Feldlazaretten; von denen, die in die Heimatslazarette kommen, sterben 20%, von den Überlebenden sind drei Siebentel Hirnkrüppel, drei Siebentel behalten dauernd Folgen, sind aber zwischen 10 und 50% erwerbsbeschränkt, ein Siebentel bleibt frei von nachweisbaren Folgeerscheinungen und unter 10% erwerbsbeschränkt und kommt zum Teil noch für Garnison- oder Arbeitsdienst in Betracht.

Die Fälle ausgesprochener Hirnverletzung, welche möglichst früh einer ausgiebigen Wundtoilette unterworfen wurden (Vergrößerung des knöchernen Defekts, so daß ringsherum ungefähr 1 cm breit gesunde Dura freiliegt), haben wesentlich bessere Prognose als die, bei denen man sich mehr abwartend verhält. Die Dura verklebt sich sehr bald fest mit Knochen und Gehirn, die Gefahr einer Meningitis ist daher sehr gering. Die zweite, endgültige Operation, die Plastik, soll man möglichst lange hinausschieben, wenn nicht gar überhaupt unterlassen. In den ausgedehnten Narbenmassen bleiben monatelang Bakterien lebensfähig, die dann, wenn an den Narben gerührt wird, virulent werden und schwere Infektion hervorrufen. Anders, wenn Reizerscheinungen, Krämpfe, Meningismus, anhaltende Kopfschmerzen, Schwindel usw. die sofortige Enzephalolyse (nach Witzel) fordern, von welcher auch Röper guten Erfolg sah; auch Lähmung und Aphasie ging davon teilweise zurück.

In einem Fall, wo ein Duradefekt durch einen frei transplantierten Fettlappen ersetzt werden, nach 9 Monaten aber wegen gehäufter Krampfanfälle der Schädel wieder geöffnet werden mußte, war das Fett vollständig geschwunden! Es wurde ein Defekt in der Dura freigelegt; die Pia lag mit kleiner Zyste vor und pulsierte nicht. Auf Inzision der Zyste und Entleerung von etwas Liquor pulsierte das Gehirn wieder.

In einem anderen Falle, der zur Sektion kam (wegen Spätblutung nach Enzephalolyse und plastischer Operation) fand sich — es waren seit der



Transplantation drei Wochen vergangen — das Fett noch im wesentlichen unverändert, dagegen hatten sich von dem Periostknochenlappen aus schon überall Knochenspangen gebildet.

In zahlreichen Fällen war einige Monate nach der plastischen Operation der knöcherne Deckel eingesunken und änderte entsprechend den verschiedenen Stellungen des Kopfes seine Lage. Das Fett war also wohl teilweise resorbiert. In anderen Fällen (von Lexer operiert) war nicht die geringste Einsenkung erfolgt und das knöcherne Transplantat durchaus fest eingeheilt. Das Lockerwerden des knöchernen Deckels bedingte aber keine Verschlechterung des Krankheitszustandes, sondern mehrfach im Gegenteil eine erhebliche Besserung. Es ist für eine nicht geringe Zahl der Großhirnverletzten durchaus günstig, wenn ein Defekt im knöchernen Schädel bleibt und so ein Ausgleich gegenüber Druckschwankungen möglich ist, zumal wie sich bei Lumbalpunktionen ergab, sehr oft nach Schußverletzungen des Großhirns der Liquordruck erhöht ist und das Krankheitsbild der — meist umschriebenen — Meningitis serosa besteht (Bildung von Zysten, besonders um Fremdkörper). Bei röntgenologisch nachgewiesenen Fremdkörpern, die keine Beschwerden und Symptome machen, soll nicht operiert werden. Ob vollständige Deckung stattfinden soll, sollte nur nach Rücksprache mit Neurologen entschieden werden. Das Röntgenverfahren darf die neurologisch-psychiatrische Indikationsstellung nicht ersetzen. „Die endgültige Begutachtung der Schußverletzung des zentralen Nervensystems sollte in erster Linie von psychiatrisch geschulten Nervenärzten ausgeführt werden, allerdings würde dadurch vielleicht manche Liste chirurgisch sehr guter Erfolge bedenklich beeinträchtigt."

Bei traumatischer Epilepsie und auch sonst bei psychischen Folgeerscheinungen, ferner prophylaktisch vor und nach größeren operativen Eingriffen führte Röper mit gutem Erfolg zwei bis drei Monate und längere Bromkuren nebst salzloser, fleischarmer Kost durch; Patienten, denen diese Kost unangenehm war, durften Zitronensaft und Senf der Nahrung zusetzen. Bei beginnender Bromvergiftung wurde Brom durch Luminal ersetzt. Von Wechselduschen auf den Nacken (Weber) sah Röper keinen Nutzen, meistens klagten die Patienten über Schwindel. Gegen anfallsweise auftretende Kopfschmerzen und leichte Verstimmungszustände war Eisblase von Nutzen (auf die Narbe eine Stunde lang, nach einer halben Stunde ruhigen Liegens des Patienten). Medikamentöse Bäder bei Lähmungen, besonders spastischen, und Massage im Bad.

Von den Krankengeschichten, die Röper mitteilt, sei eine besonders bemerkenswerte wiedergegeben:

26. August 1915 Gewehrschuß; sofort Bewußtlosigkeit. Einschuß kalibergroß auf dem linken Stirnbeinhöcker, Ausschuß etwas oberhalb des rechten Orbitalrandes. Freilegung der Knochenränder und der ziemlich zerfetzten Dura. Gewaltiger Hirndefekt. Entfernung der Knochensplitter aus der Hirnmasse. Ein Faszienstück der Fascia lata des linken Oberschenkels wurde auf die Dura transplantiert. Die Haut wurde wieder geschlossen. Operateur: Kaerger. Die ersten Tage nach der Operation war Patient zeitweilig etwas benommen, meistens somnolent, ständig unrein. Mitte September Allgemeinbefinden ausgezeichnet. Patient vollkommen gesund, nur läßt er noch immer Urin und Stuhl ins Bett. 20. September 1915: Klagt über Kopfschmerzen, die sich nach geringen Anstrengungen erheblich vermehrten, und Gefühllosigkeit auf dem Kopfe. Sonst keine Beschwerden. Auffallend starrer Gesichtsausdruck, geringer Antrieb zu Bewegungen. Im übrigen keine groben Ausfallserscheinungen. Ende Oktober 1915: Mehrmals nächtlich unrein. Ende November Besserung, doch blieb noch zwei Monate lang häufiger Urindrang. Keine Zystitis. Traumatisch psychopathische Konstitution. 17. Januar 1916: Freilegung des gewaltigen Knochendefekts (Nieny), beiderseits fehlte fast das ganze Stirnbein. „Die Kopfschwarte löste sich ziemlich leicht von der Hirnmasse. Beim Lösen der Narbe rechts entleerte sich etwas waßrige, seröse Flüssigkeit. Zur Stillung der Hirnblutung wurden kleine Teile des Musculus quadriceps verwandt. Es wurde dann ein Fettlappen auf den erheblichen Hirndefekt gelegt und zwei Periostknochenlappen aus dem Scheitelbein darüber fixiert, so daß der Defekt bis auf eine kleine, etwa 3 cm lange, 1 cm breite in der Richtung des Sinus verlaufende Stelle gedeckt war. Primäre Heilung. Am ersten Tage nach der Operation nachts wieder spontaner Abgang von Urin." 16. Februar 1916: Psychisch erheblich weniger günstig als vor der Operation; dauernd gedrückt. Sondert sich mehr als früher ab. Beschäftigt sich nicht, ohne Interessen. „Anfang Mai fingen die Knochenplatten wohl infolge teilweisen Schwundes des transplantierten Fettes an, einzusinken und der jeweiligen Kopfhaltung entsprechend ihre Lage zu ändern. Nun trat auch nach und nach eine merkliche psychische Besserung ein, so daß Patient Mitte Juli etwa wieder derselbe wie vor der Operation war. Die Zeichen der traumatisch



psychopathischen Konstitution bestehen aber auch jetzt — Anfang Januar 1917 — noch unverkennbar und mehrere Versuche, den Kranken einer Beschäftigung zuzuführen, sind mißlungen, da sich bei jeder geringen Anstrengung unerträgliche Kopfschmerzen einstellten."

Goldstein (Über kortikale Sensibilitätsstörungen, Ref. im Neurolog. Zentralbl. 1916 S. 825), welcher seine Untersuchungen an Kopfschußverletzten ausgeführt hat, bestreitet die Annahme, daß auch bei Rindenverletzungen Sensibilitätsstörungen von segmentalem Typus vorkommen, sie (besonders an der Hand) sind nur scheinbar segmental, es handelt sich dabei vielmehr um Schädigung von Zentren für ganz bestimmte Empfindungsmechanismen, die ähnlich wie die einzelnen Bewegungsmechanismen in der Rinde vertreten sind und daher isoliert geschädigt werden können; solche Ausfälle haben mit den Segmentausbreitungen nichts zu tun.

Goldstein unterscheidet drei Typen:

I. Diffuses Betroffensein der ganzen Körperhälfte mit besonderer Beeinträchtigung der Extremitäten. Bei Restitution bleibt die Störung am schwersten in der Peripherie der Extremitäten und der Seitenpartie von Rumpf und Kopf. Sie schneidet an den Extremitäten ringförmig ab, entweder am Hand- bezw. Fußgelenk oder in verschiedenen Abschnitten der Finger.

II. Ausschließliches Befallensein der medialen oder lateralen Hälfte der Hand oder des Fußes bei eventuell mehr oder weniger vollständigem Freisein des übrigen Körpers. Hierbei gibts mannigfache Variationen. Dieser Typus kommt auch an Hand und Fuß zugleich vor (als Rest des phylogenetischen Funktionszusammenhanges von Hand und Fuß).

III. Segmentaler Typus. Die Ausfälle betreffen nie einzelne Segmente oder einzelne Gruppen von Segmenten isoliert, sondern dieselben nur — wenn auch sehr viel — stärker als die Umgebung, und es sind fast immer die gleichen Segmente bezw. die gleichen Gruppen von Segmenten befallen.

Zwischen diesen drei Typen kommen Kombinationen vor, die, oft recht kompliziert, dadurch noch komplizierter werden, daß einzelne Abschnitte manchmal nur für einzelne Qualitäten besonders unter- oder überempfindlich sind, sowie durch die doppelseitige Innervation in der Nähe der Mittellinie. Das Kapitel der Sensibilitätsstörungen bedarf daher weiterer Forschung.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Zusammenlegung sächsischer Anstalten.** In der zweiten Kammer des Sächsischen Landtags, Sitzung vom 6. Dezember 1917, teilte Minister des Innern Graf Vitzthum von Eckstädt auf eine Anfrage mit: Bei den Heil- und Pflegeanstalten war infolge der militärischen Anforderungen die Zahl der Ärzte von 96 auf 43 zusammengeschmolzen. Von den sonstigen männlichen Beamten sind nur 52% in den Anstalten geblieben. Ihrem Pflichtgefühl ist es zu danken, daß ein geordneter Betrieb in den Anstalten aufrecht erhalten werden konnte, und daß wir von größeren Epidemien verschont geblieben sind. Die Kranken waren gleich bei Beginn des Krieges innerhalb der einzelnen Anstalten nach Möglichkeit zusammengelegt worden. Diese Zusammenlegung brachte indessen keine genügende Hilfe. Die Regierung mußte auf weitere Abhilfe sinnen, namentlich auch wegen der für den Winter drohenden Kohlenknappheit. Durch die Auflösung der Anstalten Untergöltzsch ließ sich allein für die Monate Oktober bis April eine Ersparnis von 54 Doppelladungen Braunkohlenbriketts erzielen. Der Umstand, daß durch die Verlegung die Zuführung von Kranken und der Verkehr mit den Angehörigen erschwert wird, ist bedauerlich. Immerhin erscheint es besser, wenn man die Kranken an etwas entfernteren Orten in guter Pflege weiß, als in der Nähe unter mangelhafter Aufsicht. Die Schließung der Anstalten Untergöltzsch war eine bittere Notwendigkeit. Sie war für den 1. November verfügt. Die Kranken haben in Dösen, Sonnenstein und Zschadraß gute Unterkunft gefunden. Die Interessen der Gewerbetreibenden sind nach Möglichkeit gewahrt worden. Selbstverständlich wird die Regierung die Anstalten wieder eröffnen, sobald dies die Staatsinteressen gestatten. Im Bereiche der Landeskrüppel- und Korrektionsanstalten hat sich aus gleichen Gründen die Schließung der Anstalten Hoheneck, Hohnstein und Sachsenburg nötig gemacht. Der Gesamtbestand dieser Anstalten war im Verlaufe des Krieges von 4303 auf 2501 zurückgegangen. Die Zusammenlegung der Anstalten bot hier noch einen großen Vorteil, daß eine stattliche Zahl von Beamten dem Kriegsdienst freigegeben werden konnte, und daß in Sachsenburg eine Abteilung für ältere männliche Fürsorgezöglinge eingerichtet werden konnte, wodurch der Landeserziehungsanstalt Bräunsdorf eine erwünschte Entlastung zuteil ward.

Referate.

— **Über neuere Methoden operativer Druckentlastung des Gehirnes.** Von Prof. Dr. G. Anton, Halle. Jahresberichte für Neurolog. u. Psych. 1916 Bd. XX.

Es wird berichtet: I. über die Punktion der



Hirnventrikel (Entspannung der Ventrikelwandungen) und die Hirnpunktion (Entleerung von Zysten, Herausholung von Gehirnsubstanz zur mikroskopischen Untersuchung), II. über den von Anton und Bramann eingeführten Balkenstich, der dann (zum Teil mit Schmieden) in 150 Fällen erprobt worden ist bei Hydrozephalus, Meningitis serosa, Stauung durch Tumoren, Druck auf den Optikus durch vergrößerte Hypophyse, akuter Hirnschwellung, bei verschiedenen Erkrankungen der Ventrikel und Plexus, vielleicht auch bei den toxischen und autotoxischen Hypersekretionen im Ventrikel, bei Entwicklungsstörungen im Wachstum des Schädels (Starrheit der Schädelkapsel, bei traumatischer Hirnschwellung und Meningitis. (Siehe auch Anton-Bramann, Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mittels des Balkenstichs. Berlin 1913, Karger. Ausführlich referiert in dieser Zeitschrift 1913.) III. über den von Anton und Schmieden zur Ergänzung des Balkenstichs und als drückentlastende Operation für sich vorgeschlagenen Genickstich (Arch. f. Psychiatrie 1917); Schnitt in die Membrana occipito-atlantea, Herstellung einer Liquorfistel in das transmuskuläre Bindegewebe. IV. über die Trepanation der Optikusscheide (von Anton und Bramann schon vor zehn Jahren empfohlen und von letzterem auch ausgeführt) bei Stauungspapille und Optikusatrophie; nach Anton wurde die Operation zuerst 1872 von de Wecker gemacht, später nur vereinzelt wiederholt, im Jahre 1916 von L. Müller abgeändert und in sieben Fällen ausgeführt. Sie gibt gute Erfolge und ist leicht ausführbar. V. über die Durchspülung des eröffneten Labyrinths vom Lumbalsack aus bei otogener Meningitis (Herschel, M. m. W. 1912). Bei Infusionen in die Ventrikel ist nach Anton Warnung am Platze. B.

— **Der Subokzipitalstich; eine neue druckentlastende Hirnoperationsmethode.** Von Prof. Dr. G. Anton, Halle, und Prof. Dr. V. Schmieden, Halle. Arch. f. Psych. Bd. 58.

Der von Anton 1907 eingeführte Balkenstich ist von Kocher bei Epilepsie und von Payr (Über Balkenstich, B. kl. W. 1916 Nr. 24 und Med. Klin. 1916) bei Schädelkontusionen und Gehirnschwellung sowie bei traumatischer Meningitis und bei Durchschüssen durch die Ventrikel in die Behandlung aufgenommen worden (50 Fälle ohne einen einzigen mit der Operation zusammenhängenden Todesfall). Nach Payr kommt nach Gehirnerschütterungen durch die Gefäßknäuel des Gehirns Hypersekretion zustande, aber auch aus anderen Ursachen. Für den Zweck, für die rückwärts andrängende Flüssigkeit einen Ausgang zu schaffen, eröffneten A. und S. die Membrana occipito-atlantea (subtentorialer Kreislauf, Cysterna cerebromedullaris). Die Methode ist folgende: Am sorgfältig rasierten Hinterkopf genaue Markierung der Mittellinie durch Einritzung mit einer Nadel zwischen Protuberantia occipitalis externa und Dornfortsatz des vierten und fünften Halswirbels. Subkutane und tiefe Anästhesierung eines rhombischen Gebiets mit Novokain-Suprarenin-Lösung, vom oberen bis unteren Ende der obigen Linie, seitlich von zwei Punkten begrenzt, die daumenbreit hinter den Warzenfortsätzen liegen. Die Anästhesie ist nach 20 Minuten eine vollständige. Allgemeinnarkose nur bei Erregten und Kindern. Lagerung der Kranken auf die Seite auf einem unter den Kopf geschobenen Kissen, Senkung des Kopfes nach vorn so weit als irgend möglich. Sorgfältigste Desinfektion; genau medianer Längsschnitt bis auf Hinterhauptbein und Dornfortsätze des ersten Halswirbels, beginnend zwei Finger breit unter der Protuberantia occipitalis externa, endigend unterhalb des Dornfortsatzes des zweiten Halswirbels, 8 bis 12 cm lang, bei voluminösen Nackenweichteilen länger zur besseren Übersicht. Der genau in der Mittellinie geführte Schnitt trennt das Ligamentum nuchae genau in rechte und linke Hälfte und blutet in diesem Falle sehr wenig; andernfalls Unterbindung oder Umstechung, meist genügt vorübergehende, feste Tamponade mit heißen Kochsalzkompressen. Wenn dem Weitervordringen in die Tiefe trotz Auseinanderziehens mit breiten scharfen Haken Schwierigkeiten entgegenstehen, so können die obersten Muskelansätze an der Hinterhauptschuppe ein wenig eingekerbt werden; im übrigen schiebt man halb stumpf, halb scharf die Weichteile von der Mittellinie des Okziput seitwärts ab und fühlt sehr bald, genau median eindringend, die hintere Umrandung des Foramen occipitale magnum und unterhalb ebenfalls median in der Muskulatur den knopfartigen Dornfortsatz des Atlas, zwischen beiden die nach abwärts sich trichterförmig verjüngende Membrana atlanto-occipitalis posterior, ferner den Übergang des harten Knochens am Rande des Hinterhauptloches auf die straffe, leicht federnde Membran. Um diese noch deutlicher zugänglich zu machen, zieht man mit einem kleinen scharfen Häkchen den Dornfortsatz des Atlas nach abwärts; auch ist es erlaubt, wenn die Verhältnisse sehr eng sind, mit der Lührschen Zange den Dorn des Atlas abzukneifen.

Ehe man durch die Dura eindringt, reinigt man die ganze Wunde und ihre Umgebung noch einmal gründlich

vom Blute und stopft sie für fünf Minuten fest mit heißer Kochsalzkompresse aus, noch besser mit in Suprareninlösung getränkten Tupfern. Dann Wechselung der Handschuhe und Wundtücher. — Nach Entfernung der Tamponade soll sich in dem Wundtrichter kein Blut mehr sammeln. Man überschaut die weiße Membran etwa in Größe eines Fingernagels.

Da sowohl außerhalb wie innerhalb der Dura dichte Venenknäuel liegen, hält man sich mit dem Duraschnitt wiederum median. Auf Einstich mit dem Messer fließt meist sofort der klare Liquor im Strahl heraus; die Entlastung macht sich sofort geltend, indem die Membran zu pulsieren beginnt und die letzten Liquormengen schubweise mit etwas Blut vermischt auswirft. Der Subokzipitalstich als solcher ist vollendet.

Dringt man nun mit einer gebogenen stumpfen Sonde ein, so gelangt man in der Richtung nach vorn und aufwärts direkt bis in die Cisterna cerebello-medullaris und in gleicher Richtung vorsichtig in einer etwa auf die Scheitelhöhe des Kopfes weisenden Richtung bis in den vierten Ventrikel hinein. Hierzu benutzt man eine stumpfwinklig abgebogene starke Knopfsonde oder noch besser ein besonderes Instrument, welches A. und S. konstruieren ließen; es gleicht einem sehr schlanken Elevatorium, dessen Breite nicht über ein halbes Zentimeter sein soll, und welches an seiner Spitze in drei Zentimeter Länge stumpfwinklig abgebogen ist. Mit seiner stumpfen Spitze kann man bequem die Membranen trennen, die besonders bei chronisch seröser Meningitis hier im Gebiet der Zisterne und des vierten Ventrikels das Hindernis für den Liquorstrom abgegeben haben könnten.

Um diese Parazentese offen zu halten, wurden mehrfach, entsprechend der Horsleyschen Behandlung der Meningitis serosa spinalis, die beiden Lippen der Dura an die hintere Muskulatur im Weichteilschnitt angenäht und damit der gewünschte Erfolg im besten Sinne erreicht. Da die Naht in der Tiefe und an den kurzen Rändern des Duraschnittes recht schwierig ist, wurde ein viereckiges Fenster von einhalb Zentimeter Breite und Höhe ausgeschnitten, das vollständig ausreichend und bleibend in der längsgefaserten Membran klafft.

Die hergestellte Liquorfistel soll nun ins subkutane und intramuskuläre Bindegewebe sezernieren (eine zeitweise Ableitung nach außen kommt nur als Ausnahme bei infektiös getrübtem Liquor oder bei Meningitisbehandlung in Frage), weshalb man die Weichteile in möglichst vielen Schichten mit versenkter Katgutnaht, darüber die Haut fest zunäht. Ein dichter Verband fängt für die nächsten Tage das durch die Nähte dringende Sekret auf und wird am besten für etwa zehn Tage unter Zuhilfenahme einer Pappschiene angelegt, die quer über den Mittelkopf an den Schläfen nach abwärts führt und beiderseits auf der Brust endigt. Die Kranken können nach etwa acht Tagen das Bett verlassen, — im übrigen bewahrt man sie vor plötzlichen heftigen Druckschwan-

kungen im Liquor, indem man Husten und starkes Pressen usw. auszuschalten sucht.

A. und S. haben dise Operation zunächst bei solchen — fünf — Fällen von Geschwulst ausgeführt, bei denen in der Regel bereits ein Verzicht auf ärztlichen Erfolg Platz zu greifen pflegt. Diese Fälle sind im Original eingehend geschildert. In drei Fällen war Erleichterung und Besserung wenigstens für einige Zeit erreicht. Es wurde erwiesen, daß durch Offenhalten der Membrana occipito-atlantea ein freier Abfluß der gestauten Flüssigkeit im Gehirn bewirkt werden kann, und daß diese Öffnung längere Zeit bestehen bleibt. Die Abflußöffnung kann bei totaler Vernähung der Muskelhautwunde aseptisch gehalten werden. Auch Durchspülung ist von hier aus denkbar. Es wird weiter erwogen: Vereinigung mit Balkenstich, Anwendung bei Hydrozephalien, Meningitis, Tumor des Gehirns, Epilepsie, Migräne. Bresler.

— **Gesundheitszeugnisse durch staatliche Ärzte behufs Ehebewilligung.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton, Halle. Zeitschr. f. Kinderforschung Jahrg. 1917/18 Heft 1.

Bündige, überzeugende und klare Begründung der gesundheitlichen Forderungen für Eheschließung und ihrer Notwendigkeit nebst den bekannten Leitsätzen des Münchener Vereins zur Erhaltung und Vermehrung der Volkskraft. B.

Buchbesprechungen.

— Kraepelin: Einführung in die Psychiatrische Klinik. Dritte, durchgearbeitete Auflage. 515 S. Leipzig 1916, Verlag J. A. Barth. 14,00 M, geb. 15,50 M.

In völlig neuer Form erscheint jetzt zum dritten Mal K.s Einführung in die psychiatrische Klinik. Verf. gibt nach 25 klinischen Vorlesungen eine übersichtliche Darstellung der verschiedenen Krankheitsformen, daran schließt sich das besonders für Anfänger sehr lehrreiche Kapitel über die Deutung der häufigsten Erscheinungsformen des Irreseins an. Ausführliche Anleitung zur Krankenuntersuchung (seelische und körperliche Krankheitszeichen, Fragebogen zur Prüfung des Geisteszustandes, Assoziationsversuche, Verstandesprüfung nach Binet-Simon), Arzneimittel und Behandlungsmaßnahmen bilden den Schluß.

Das Buch stellt in gewisser Beziehung einen Niederschlag des jüngst vollendeten großen Lehrbuches dar; es ist in K.s bekannter Klarheit, Anschaulichkeit und Formvollendung geschrieben und dürfte nicht nur für den Studenten geeignet sein, sondern auch dem jüngeren Fachgenossen und dem beamteten Arzt manchen wichtigen Fingerzeig geben und ihm eine schnelle, kurze Orientierung ermöglichen. Kürbitz-Sonnenstein.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Dieser Nummer liegt ein Prospekt der Firma **C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim** bei, welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 45/46. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.



Fruchtsäfte, Limonadensirupe,





empfiehlt in anerkannt erstklassiger Qualität

S. Löwengardt, Heilbronn a. N.

Fruchtsaftpresserei, Limonaden-Essenzen-Fabrik mit Dampf- u. elektrischem Betrieb

Rufnummer 373 — Drahtanschrift: Löwengardt Heilbronnneckar.





Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 45/46. 2. Februar **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Morde und Mörder. (II. Teil.)

Von Dr. H. **Reukauff**, z. Z. Colditz i. Sa., früher Waldheim.

(Fortsetzung).

Fall V.

Im Falle By. traten zu diesen „unerklärlich geringen Reizen" bald „erklärende" Momente hinzu.

Zunächst machte By. seinem Verteidiger folgende Angaben:

Er leide seit den letzten Jahren seiner Schulzeit bis jetzt fortwährend an schlimmen Träumen und habe dabei Angstzustände; er leide an innerer Unruhe, die ihn z. B. kurz vor der Tötung der P. nachts stundenlang ins Freie hinausgetrieben habe. Er habe von Zeit zu Zeit heftige Kopfschmerzen, sein Vater sei als Geisteskranker in der Landesanstalt zu Hubertusburg. Der Verteidiger wies dann auch auf die seltsame Ruhe, mit der er von seinem Verbrechen spreche, wie auf frühere Tierquälereien hin, die auffällig erscheinen müßten. Die bereits begonnene Hauptverhandlung wurde auf seinen Antrag ausgesetzt. Ein Gutachten des Anstaltsarztes Dr. Böttcher vom 1. Juli 1911 ergab zunächst über den Vater des Angeklagten, daß dieser von Jugend auf intellektuell und moralisch minderwertig war, einen unregelmäßigen und schlechten Lebenswandel führte, nicht arbeitete, Schnaps trank, dann an systematisierten Größen- und Beeinträchtigungsideen sowie Gehörstäuschungen erkrankte und endlich in einen höheren Grad von geistiger Schwäche verfallen ist. Auch der Vater des Vaters ist an Altersblödsinn in der Irrenanstalt zugrunde gegangen. — Bei By. selbst ergab die ärztliche Untersuchung, daß körperlich der Angeklagte einen auffallend großen Gesichtsschädel, sowie sehr große Hände und Füße hatte. Sowohl die Hände wie der Kopf, die Zunge und der ganze Körper zeigten während der Untersuchung andauernde Zitterbewegungen auf, die angeblich von Jugend auf bald in stärkerem, bald in geringerem Maße bestanden. Der Rumpf war im Verhältnis zu den Beinen zu lang, die Spannweite der ausgestreckten Arme übersteigt die Körperlänge um 11 cm. An der Unterlippe befindet sich innen an der Schleimhaut eine bedeutende alte Bißnarbe; zunächst wußte By. von deren Ursprung nichts, nach Besinnen gab er an, 1906 oder 1907 eine Wunde an der Lippe gehabt zu haben, die plötzlich dagewesen wäre. Die Sensibilität ist normal, es besteht starke Hautschreibung (Dermatographie); zeitweise waren die Hände ganz blau (zyanotisch). Die Sehnenreflexe sind sehr lebhaft, die Pupillen sind gleich weit[2]) und reagieren prompt. Es ist Ansatz zu Plattfuß vorhanden, die Vorderzähne des Oberkiefers sind etwas klein.

Die Prüfung der Intelligenz ergab, daß der Angeklagte die vier Himmelsrichtungen kennt, die Hauptstädte von Deutschland, Frankreich, Rußland und England sagen kann und ebenso eine Anzahl von Flüssen in Deutschland zu nennen vermag. Er kennt die Einwohnerzahl Deutschlands und Sachsens, weiß die Namen von Kaiser und König, weiß in der Naturbeschreibung Bescheid und ist über die verschiedenen Verkehrsmittel unterrichtet. Auch betreffs Maß und Gewicht macht er leidliche

[2]) Spätere Beobachtung ergab eine fast konstante größere linke Pupille.



Angaben, weiß die Grenzen von Deutschland, die Herstellung des Bieres, die Bereitung des Weines, vermag einigermaßen einen Unterschied zwischen Diebstahl und Unterschlagung, zwischen Neid und Haß anzugeben; Diebstahl liegt vor, wenn man etwas wegnimmt, Unterschlagung, wenn man etwas findet und nicht abgibt; neidisch ist jemand, der einem anderen etwas nicht gönnt, Haß liegt vor, wenn man gegen einen anderen Wut hat. Exempel wie 38 + 17, 25 + 30, 176 + 214, 1000 — 11, 6 M — 75 Pf., 13 × 3, 22 × 5, 91 : 7 werden richtig gerechnet. Bei anderen Exempeln machte By. Faselfehler, die er jedoch auf Ermahnung korrigiert: 121 + 297 = 408, 416, 418. 5 M 55 Pf. — 2 M 60 Pf. = 1 M 96 Pf., 1,80, 2,90. 2,95. 27 × 4 = 98, 108. 117 — 29 = 83, 88. 111 : 3 = 17. 37. Von Zinsrechnung hat der Angeklagte keine Ahnung; 100 M sollen zu 4 v. H. in einem Jahre erst 15, dann 25 M Zinsen geben. Eine andere politische Partei als die Sozialdemokraten vermag er nicht zu nennen. Der Siebenjährige Krieg sei von 1666—1673, der Dreißigjährige von 1661—1691 gewesen. Von der Tinte glaubt er, sie wird aus Tintenbeeren gemacht. Betreffs des Datums irrt er sich um eine Woche. Von der Donau glaubt er, daß sie in die Ostsee mündet. An welchen Flüssen Leipzig oder Berlin liegen, weiß er nicht. Die Hauptstädte von Italien, Österreich, Spanien und der Türkei sind ihm unbekannt, als Hauptstadt von Bayern nennt er erst Mainz, Württemberg. Er faßt nicht abnorm langsam oder schwer auf, zeigt keine Hemmung und keinerlei sog. katatonische Symptome. Die Diagnose des gewöhnlichen Lebens beurteilt er seinem Alter und seinem Stande entsprechend.

Betreffs seines Lebensganges erzählt der Angeklagte, er sei bis 1905 in Meißen gewesen, dann bis 1908 in Zehren, dann bis Juni 1910 in Seilitz. Dort habe er jährlich 55 Taler bekommen als Osterjunge oder Kleinjunge. Er wäre dann nach kurzer Wanderschaft in Kaltofen als Knecht eingetreten und habe daselbst von seinem ersten Herrn jährlich 65 Taler und von seinem zweiten Herrn dann 75 Taler als Knecht erhalten. Seine Dienstherren seien gut zu ihm gewesen, das Lernen in der Schule sei ihm schwer geworden, besonders das Rechnen. Er habe ziemlich weit unten gesessen. In der Fortbildungsschule, die er bis zuletzt besucht hat, habe er sich nicht viel Mühe gegeben und kein rechtes Interesse gehabt und deshalb nicht viel gelernt.

Was frühere Krankheiten anbelangt, so wisse er von seiner verstorbenen Mutter, daß er in früher Kindheit einmal schwer krank gewesen wäre. Bis zum 14. Jahr hätte er an nächtlichen Bettnässen gelitten, was fast jede Nacht aufgetreten sei. Besonders stark sei es von 1905 bis 1908 gewesen, seitdem nicht mehr. An Schwindelanfällen will er nicht leiden. Ungefähr 1907 habe er wegen Brechen und Übelkeit einen Tag im Bett gelegen; einmal habe er (1909) einen Fall in der Scheune erlitten, dabei keine Bewußtlosigkeit, keine Wunde, aber etwas Kopfweh gehabt. Im 5. Lebensjahre sei eine Zeitlang aus beiden Ohren gelbe Materie geflossen und er habe Ohrenreißen gehabt, jetzt höre er gut. Manchmal leide er an Kopfweh an der Stirn, das eine halbe bis eine Stunde andauere und ohne ihm bekannte Ursache etwa monatlich unregelmäßig wiederkomme. Zuweilen bestehe Kurzatmigkeit. Seit Jahren bemerke er, daß, wenn er erst in die Ferne gesehen hätte, er dann in der Nähe nicht gut sehe, und wenn er eine Zeitlang auf einen Punkt geblickt hätte, vor seinen Augen alles schwarz sei, er sehe dann einige Minuten überhaupt nichts mehr. Es falle ihm ferner auf, daß ihm zuweilen plötzlich ein ganz anderer Gedanke einkomme, als er eben gehabt hätte, und daß es plötzlich von etwas anderem in ihm rede, wenn er allein sei. Dies habe er zum ersten Male 1909 in Seilitz beobachtet. Es sei ihm da, als ob es redete, „zu hören sei aber nichts", es sei wie innere Sprache, er wisse dabei, daß niemand da sei. So sei es z. B. beim Pflügen vorgekommen, als ob ihm jemand sage, er soll hauen, eggen, Gras mähen oder dergleichen. Die früher vorgekommenen Tierquälereien gesteht er zu, schildert sie jedoch in der Hauptsache als Streiche des Übermuts. — Das in dem Brief vom 14. Juli erwähnte Fortlaufen erklärt By. — Alkoholmißbrauch hat er (mir gegenüber) in Abrede gestellt.

Was die ihm gegenwärtig zur Last gelegte Tat anbelangt, so erzählt By. die Einzelheiten derselben zusammenhängend und geradezu wie auswendig gelernt genau in der Weise, wie sie in den Akten seinen Aussagen entsprechend niedergelegt sind: Die Tanzstunde sei an seinem Unglück schuld, zu dem „Tanzstundenauslerneball", der am 5. April stattfinden sollte, habe er einen neuen Anzug und ein Paar neue Schuhe gebraucht, die er in einem Abzahlungsgeschäft bei einer gewissen Anzahlung bekommen haben würde, das Geld zu einer Anzahlung habe ihm aber gefehlt. Am Nachmittag des 12. März, eines Sonntags, hat er an die Tanzstunde und an das Geld gedacht. Er wollte erst irgendwo das Geld stehlen, dann sei ihm der Gedanke gekommen, die etwa 50 jährige alte P., die in seiner Nähe wohnte, umzubringen. Es war ihm hierbei, als ob eine Person zurief: „Bring die Frau um", und dann war es wieder, als ob jemand zu ihm sagte: „Du wirst bestraft", „du wirst einge-



sperrt". Im Geiste vernahm er das deutlich, „die Worte waren nicht so zu hören, wie wenn einer spricht", er sah niemand dabei. Auch an den folgenden Tagen kam der Gedanke, die P. zu töten und zu berauben, mehrere Male; absichtlich dachte er schnell an etwas anderes. Daß es Unrecht war, wußte er, fürchtete sich auch vor der zu erwartenden Strafe. Am 16. abends von 5 bis 7 war er in der Fortbildungsschule, dann aß er etwas und wollte dann eigentlich zu seinem gleichaltrigen Freund F.; er kam ans Haus der P., da wurde der Gedanke ans Geld wieder lebhaft, es war wieder, als ob jemand ihm sagte: „Bring die Frau um." Er weiß nun alles genau, wie es sich abgespielt hat; er klopfte ans Fenster der P. und log ihr vor, er habe ihr Grüße zu bringen; da es kalt war, ließ sie ihn ins Zimmer, unterhielt sich mit ihm, zeigte und erzählte ihm allerlei. Endlich erklärte sie, sie wolle zu Bett gehen, löschte die Lampe aus, und brannte ein Öllämpchen an. Er hatte den Gedanken an den Mord bereits aufgegeben und wollte fortgehen. Sie führte ihn aber zuletzt noch in den Stall, um ihm ihre Kuh zu zeigen, und kam dabei mit ihm in Berührung. (!) Da kam ihm wieder der Gedanke an den Mord, und es war wieder, als ob jemand zu ihm spräche: „Jetzt bringst du sie um!" Er schlug ihr das Lämpchen aus der Hand, umarmte sie und warf sie hin. Jetzt war ihm, als ob ihm die Frau etwas getan hätte, so wütend war er auf sie. Er drückte ihr den Hals zu, schlug sie auf den Mund, als sie schrie, und erwürgte sie dann mit ihrem eigenen Kopftuch. Er erinnert sich an alles, sogar der Knoten, die er hierbei ins Tuch machte. Dann ging er in die Wohnung zurück, auf den Boden, durchsuchte Kommode und Glasschrank, nahm ein Portemonnaie und ein Pappkästchen mit Ohrringen und Kette, hierbei den Plan fassend, diese Wertsachen später einer Tanzstundenbekanntschaft zu schenken. Als er fort wollte, bemerkte er, daß jemand vor dem Haus stand und entfernte sich deshalb durch ein Fenster, hinter sich hörte er Hilfe schreien, es war 12 Uhr nachts. Dann hielt er sich längere Zeit im Pferdestall seines Dienstherrn auf, das Gewissen schlug ihm, die tote Frau dauerte ihn, er hatte Selbstmordgedanken. Endlich rief er seinen Schlafkameraden, der ihn einließ und befragte, zog sich aus und legte sich ins Bett; schlafen konnte er nicht. Um 5 Uhr weckte der Dienstherr, er stand auf, versteckte Geld und Wertsachen im Futterkasten und arbeitete. Bald kam der Gendarm und befragte ihn. Nach dem ersten Frühstück, bei dem er wenig aß, wollte er sich aufhängen, wurde aber von seinem Dienstherrn gerufen und vom Gendarmen abgeholt.

Bei dieser Darstellung erzählt By. zusammenhängend, er bekundet Reue und hat den Wunsch, sein Verbrechen zu büßen. Auch im Affekt ist sein Gesichtsausdruck auffallend starr; lange zuckt kein Muskel, aber die Tränen fließen.

Nach alledem ist By. ein erblich stark belasteter Mensch mit mannigfachen Entartungszeichen an seinem Körper. Er zeigt außerdem nervöse Symptome; Hautschreibung, blaue Hände, Zittern des ganzen Körpers, lebhafte Reflexe; hat anfallsweise Kopfschmerzen. Der Umstand, daß er bis zum 14. Jahr an starkem Bettnässen gelitten und eine bedeutende Narbe an der Unterlippe hat, erwecken den Verdacht, daß er an Epilepsie gelitten hat. Besonders auffallend ist jedoch seine Angabe, daß er seit dem Jahre 1909 zeitweise seine Gedanken hört. Dieses sogenannte „Gedankenlautwerden" ist dem Halluzinieren verwandt. Es scheint sowohl bei der Planung als bei der Ausführung des dem Angeklagten zur Last gelegten Mordes eine Rolle gespielt zu haben und bedarf weiterer psychiatrischer Untersuchung. Diese mußte sich auch darauf erstrecken, ob irgendwie eine Form psychischer Epilepsie bzw. schwere Anfälle von Entartungsirresein vorliegen. Der Umstand, daß sich By. so genau an alle Einzelheiten des Mordes erinnert, macht es unwahrscheinlich, daß zur Zeit der Tat ein epileptischer Dämmerzustand bestand, aber er schließt andere seltenere epileptische Störungen nicht absolut sicher aus. Es möchte auch durch weitere spezialärztliche Beobachtung erforscht werden, ob die ersten Anfänge einer katatonischen oder paranoischen Psychose auszuschließen sind.

Dies von Med.-Rat I l b e r g - Sonnenstein erstattete anstaltsärztliche Vorgutachten wurde durch die hier stattfindende Beobachtung nun insoweit bestätigt, als bei By. ein Entartungsirresein mit Zwangserscheinungen festgestellt wurde, das eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung mit Beschränkung der freien Willenstätigkeit erkennen ließ. Diese Zwangserscheinungen lagen vor allem in seinen inneren Stimmen, bei dem auch das Gutachten hervorhebt, daß es sich nicht eigentlich um das Hören von Stimmen handelt, sondern nur um Vorstellungen, die sich ihm plötzlich und mit großer Lebhaftigkeit aufdrängen, die er als etwas Fremdes und Unangenehmes empfindet, aber nicht wieder los werden kann, bis er sich durch Ausführung der vorgestellten Handlung von dem Gedanken befreit.

Als körperlicher Ausdruck dieser Zwangsvorstellungen wurden bei ihm leichte Zitterbewegungen sowie einzelne Zuckungen, namentlich in den oberen



Gliedmaßen, beobachtet. By. gab auf Befragen an, daß das Zucken bisweilen noch viel stärker sei, so daß es bei seinen Arbeiten, namentlich beim Schreiben, für ihn störend werde. Er leide daran schon seit seinem 11. Lebensjahre. Außerdem fiel ein anhaltendes krampfartiges Schlucken und Schmatzen bei ihm auf, welches sich bei jeder Untersuchung wiederholte. Er war sich dessen bewußt und erklärte es damit, daß ihm der Speichel im Munde zusammenlaufe. Doch trat dieses Schlucken ganz zwangsmäßig auf; er konnte es, auch wenn er darauf aufmerksam gemacht wurde, nicht für längere Zeit unterdrücken.

Diese Zwangsvorstellungen waren bei By. um so bedenklicher, als er eine weitgehende Willensschwäche bekundete. Er selbst sagt: „Wenn einer zu mir sagte, mach mit, da mach ich mit. Ich bin aber zu gut." Dabei begeht er auch Handlungen, die ihm an sich ferner liegen, so jagt und tötet er auf Antrieb eines anderen Hühner seines Dienstherrn, mißhandelt ein Pferd, das dem Sohne desselben mißliebig war (es sei „hochdumm"), obwohl er an sich Tiere liebte. Sein Dienstherr verdrasch ihn für diese Streiche; By. verließ den Dienst und ging mit einem der Bräunsdorfer Erziehungsanstalt entwichenen Schmiedegesellen auf Wanderschaft, dem er sich anscheinend willenlos fügte. Wohl zu seinem Glück wurde dieser bald wieder nach Bräunsdorf zurückgebracht und er fand selbst bald wieder Stellung.

Obwohl er hier mehr Lohn (65 Taler) als vorher und auch, nachdem das Gut den Besitzer gewechselt hatte, nochmals eine Lohnzulage von 10 Talern erhielt, fehlte es ihm immer an Geld. Er habe sich, seitdem er zu den Bauern gekommen war, viel mit den Schweizern abgegeben und habe sie immer frei gehalten. Er selbst habe gar nicht viel getrunken. „Aber", setzt er hinzu, „wenn Jemand in der Schenke zu mir sagte: ‚Da bezahl mal', da habe ich bezahlt."

Dieser äußere Geldmangel war ja auch die greifbare Veranlassung zu dem Morde. Er selbst gibt ja darüber an: Er habe im Winter die Tanzstunde besucht mit einem Dienstmädchen aus Poggendorf; es sei ein ordentliches und anständiges Mädchen gewesen, mit der er außer in der Tanzstunde überhaupt kaum zusammengekommen sei.

Im April sollte der „Auslerneball" sein; er habe sich, um daran teilnehmen zu können, einen neuen Anzug anschaffen müssen, aber kein Geld dazu besessen, weil er aus den oben schon angeführten Gründen nicht sparsam zu wirtschaften verstand. Er habe sich nun früher schon manchmal überlegt, ob er das Geld nicht stehlen könne; dieser Gedanke sei ihm von selbst gekommen, nicht etwa durch eine „innere Stimme". Auf Befragen gibt er zu, früher einige Male Räubergeschichten gelesen zu haben, z. B. vom „Räuberhauptmann Falzer". Diese Bücher habe ihm ein Schweizer geliehen. Das sei zu der Zeit gewesen, als er eben erst aus der Schule war.

Auch kurz vor dem Morde will er darüber nachgedacht haben, wie er sich Geld verdienen könnte. „Dann kam mir der Gedanke plötzlich in den Kopf, bringst die Frau um." „Dann kam mir der Gedanke jeden Tag wieder. Manchmal habe ich an die Arbeit gedacht, da ging der Gedanke weg, aber den anderen Tag kam er wieder." Er habe sich wohl gesagt, daß das unrecht sei, und versucht, an etwas anderes zu denken, aber das sei ihm nur vorübergehend gelungen. „Es war mir, als ob jemand reden tat: ‚Bring die Frau um', aber wirklich gehört habe ich es nicht, es war auch gar niemand da." Daß er eine eigentliche Stimme gehört habe, könne er nicht sagen; es sei ihm nur so innerlich der Gedanke gekommen. Für Donnerstag Abend hatte er seinem Freunde F., der Dienstknecht in der Schenke war, einen Besuch versprochen. By. kam mit F., der gleichfalls an der Tanzstunde teilnahm, des Abends öfter zusammen. Um den Weg abzukürzen, ging er über eine Wiese und kam dadurch an dem Hause der P. vorbei. Da trat plötzlich der Gedanke, die Frau zu ermorden, wieder in ihm auf, obwohl er vorher gar nicht daran gedacht hatte. Er klopfte an das Fenster und gab, als die Frau heraussah, an, er habe Grüße von einem ihr bekannten Schweizer zu bestellen. Die Frau, welche immer gut zu ihm war, forderte ihn auf, einzutreten mit den Worten: „Komm herein, Franz, draußen ists kalt." Während er dann in der Stube auf dem Sopha saß und sich von der Frau allerhand erzählen ließ — er blieb mehrere Stunden dort —, hatte er den Gedanken allmählich wieder niedergekämpft. Er stellte sich in Gedanken immer vor, daß sein Vorhaben unrecht sei und daß er sich vor der Strafe fürchten müsse. Gegen $^{3}/_{4}$ 12 Uhr erklärte die P., sie wolle nun zu Bett gehen, und geleitete ihn auf den Flur hinaus. „Mein Unglück war nur, daß die Haustür nicht offen stand, sonst wäre ich gleich fortgegangen." So kehrte die P. noch einmal um, weil sie dem an der Tür stehenden By. ihre Kuh zeigen wollte. Beim Vorübergehen auf dem engen Gange stieß die Frau mit ihrer Schulter an By.s Schulter. Bei dieser Berührung kam plötzlich der Gedanke wieder: „Bring die Frau um!" Aber es war nicht sein eigener Gedanke, es war, als ob jemand zu ihm spreche, und doch war es nicht so laut, als ob es von außen gesprochen

würde. Er packte dann gleich die Frau an und vollführte die Tat, wie er sie vor Gericht mehrfach geschildert hat. Mitleid empfand er dabei mit der Frau nicht, obwohl er sie früher ganz gern gehabt hatte. Es war ihm, als ob er „eine Wut auf die Frau hätte". Auch während er nach der Oberstube ging und Geld und Schmuckkästchen aus der Kommode raubte, kam ihn keinerlei Reue oder Mitleid mit der Frau an. Er wollte das Haus zuerst durch die Hintertüre verlassen, da er aber den Nachtwächter vor der Türe stehen sah, sprang er zum Fenster hinaus und lief nach Hause. Erst als er zu Hause angelangt war, fing er an, sich vor der Strafe zu fürchten, und es tat ihm leid, daß er die Frau umgebracht hatte. Es „kam" ihm deshalb „der Gedanke", sich zu erhängen, aber er fand keinen rechten Mut dazu. Es war schon gegen Morgen, als er sich ins Bett legte, er konnte aber gar nicht schlafen. Immer mußte er an die Tat denken, es war ihm aber nicht mehr so, als ob ihm „der Gedanke vorgesprochen werde". Nach dem Frühstück, bei dem er sehr wenig genießen konnte, machte er den Versuch, sich an seiner Schürze zu erhängen. Er wurde aber dadurch gestört, daß sein Dienstherr dazu kam; inzwischen war auch schon der Gendarm eingetroffen, welcher ihn verhaftete.

Damit dokumentiert sich die Tat als aus einer überwertigen Zwangsvorstellung heraus begangen, (die in materiellem Erwerb nur eine äußerlich-praktische Grundlage hatte), gegen die er anzukämpfen versucht, aber die doch durch eine Zufälligkeit — das Anstreifen der Frau an seine Schulter — ihre unheilvolle Wirkung entfaltet.

In etwas erinnert der Fall By. somit an den ersten aller Ihnen hier vorgeführten Morde, den der Frau H. an ihrem Ehemanne.

Ich sagte schon damals, daß der Psychiater bei der Glaubhaftmachung solcher Seelenspannungen nicht immer einen leichten Stand haben würde. — Das ist hier gewiß der Fall.

Das sinnfällige Mordmotiv drängt sich etwas sehr in den Vordergrund. Doch fand By. den Schutz des § 51, und er lebt jetzt hier als Kranker.

(Fortsetzung folgt.)

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

K. Mendel (Zerebellarer Symptomenkomplex und Hysterie; Neurolog. Zentralbl. 1916 S. 874) beschreibt bei einem Manne (9 Jahre vorher Syphilis, Quecksilberkur, jetzt negativer Wassermann), der im November 1914 bei einer Granatexplosion vom Pferd mit den Hufen gegen die rechte Gesichtshälfte geschlagen worden, eine halbe Stunde bewußtlos gewesen war, und starkes Erbrechen und aus dem linken Ohr Blutung gehabt hatte, dessen Zustand sich dann besserte, so daß Pat. Mai 1915 wieder ins Feld ging — aber nach 14 Tagen kehrte er wegen Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerzen, starker Körperunruhe nach anstrengendem Dienst zurück — folgenden Befund im Oktober 1915: Typisch hysterisches Verhalten; beiderseits Neuritis optica, Sehschärfe $^{6}/_{8}$, kein Nystagmus, schwacher Hornhautreflex, Parese des linken Arms und Beins mit geringer Ataxie, deutlicher Adiadochokinesis in Hand und Fuß links, Fehlen des Rückschlags bei Widerstandsprüfung im linken Arm, Überschätzung der Gewichte in der linken Hand, etwas schwachen Kniereflexen; starker Romberg; zerebellarer Gang mit Neigung nach hinten und links zu fallen.

Mendel nimmt an, daß direkt im Anschluß an die Verletzung die Erscheinungen der linksseitigen Kleinhirnblutung ziemlich ausgeprägt waren, dann soweit zurückgingen, daß Pat. nach einem halben Jahre wieder ins Feld rücken konnte. Hier verstärkten sich die Beschwerden; „es trat ein hysterisch gefärbter Abklatsch des früheren zerebellaren Symptomenkomplexes auf, in dieser Kopie waren aber noch einige Züge des früheren Bildes, insbesondere, als rein und unwiderruflich objektives Zeichen, die Neuritis optica, erkennbar.".

Röntgenbefund ergab keine Fissur oder Fraktur am Schädelknochen, das hysterische Verhalten äußerte sich in lautem Jammern und Schreien, angeblich wegen Schmerzen, Wehleidigkeit in mürrischer Stimmung, Unzufriedenheit, Unzugänglichlichkeit, Nörgelei. Dieser psychische Zustand besserte sich im Laufe mehrerer Wochen vollständig. Er ließ diejenigen zerebellaren Krankheitszeichen, welche in gewisser Beziehung nicht als rein objektive Symptome zu werten sind, sondern ein bestimmtes subjektives Mitwirken seitens des Pat. erheischen, in stark erhöhtem, hysterisch



übertriebenem, gekünsteltem Grade erscheinen, „frisierte" sie sozusagen hysterisch und glorifizierte sie, die Gangstörung, Haltung, Ataxie und die Schwäche der linken Körperseite. Kleinhirnverletzungen scheinen nicht selten von hysterischen Symptomen überlagert zu werden. Mendel erinnert an den Fall von Löwenstein (M. m. W. 1915 Nr. 17.)

O. Marburg [Herdgleichseitige Erscheinungen bei Schädelschüssen (multiple Sklerose nach solchen?); Neurolog. Zentralbl. 1917 Nr. 2] beschreibt folgende Fälle.

I. Vertikal vom linken Ohr bis 3 cm von der Mittellinie eine tiefgreifende, geheilte Narbe, unter welcher der Knochen rauh und uneben erscheint. Beim Husten Vorwölbung in der Mitte der Narbe. Ist nach Steckschuß zweimal operiert worden. Hat Sprache und Gedächtnis gänzlich verloren. Sprachärztliche Behandlung ohne Erfolg. Seit einem Jahre motorisch-aphasisch. Trotz linksseitigem Herd Parese des linken Armes, Andeutung von Ptosis links, ferner rechtsseitige Hemiparese vom Charakter der zerebralen, links deutlicher Fußklonus und lebhafterer Patellarreflex. Beiderseits Babinski. Plantarreflex links fehlend. Auch durch Annahme eines korrespondierenden rechtsseitigen Herds, meint Marburg, kann man nicht alles erklären, da die Lidspaltenveränderung damit nicht erklärt sei und das Fehlen des linken Plantarreflexes nicht damit im Einklang stehe.

Im II. Fall entwickelte sich im Anschluß an Verletzung (Säbelhieb über der rechten Kopfhälfte) seit fünf Monaten ein Zustand beiderseitiger, rechts stärkerer Ptosis, konzentrischer Einschränkung des Gesichtsfeldes bis auf das Makulafeld, leichte Gaumensegelparese rechts. rechts Hemihypalgesie von Gesicht, Arm und Stamm; rechter Arm paretisch und atrophisch; linkes Bein Spuren spastischer Parese und von Hypalgesie.

III. Schußverletzung der vordersten Partie der linken Stirnlappen; rechtsseitige, geringfügige Fazialislähmung. Parese des rechten Arms. Linksseitiger Fußklonus und Babinski ist ebensowenig auf diesen Herd zu beziehen als der vorhandene Nystagmus und der intentionelle Tremor des rechten Arms und der Romberg. Der Nystagmus und die fehlenden Plantarreflexe sprechen für die Multiplizität des Prozesses.

IV. Bei einer linksseitigen, von der Mittellinie weit entfernten Hirnverletzung, hatte sich seit mehr als einem Jahre eine homolaterale leichte Parese mit Sensibilitätsstörung entwickelt. Wahrscheinlich ist ein zweiter Herd anzunehmen.

Marburg hält es für möglich, daß auch im Gehirn im Anschluß an lokale Verletzungen sich disseminierte Prozesse finden, die wenigstens klinisch der multiplen Sklerose sich nähern, deren Eindruck die drei ersten Fälle erwecken.

Lewandowsky (Eigenartiges aphasisches Zustandsbild. Zur Lehre von der Leitungsaphasie; Neurolog. Zentralbl. 1917 Nr. 2) beobachtete folgenden Fall:

Schußverletzung des Schädels im Bereiche des linken Schläfenlappens im Juni 1916. Befund im Dezember 1916: „Sprechfähigkeit völlig erhalten, Pat. liest z. B. schwierige Fremdwörter lautlich richtig. Sprechart natürlich. Spontanaussprache grammatisch, aber durch literale, seltener durch verbale Paraphasien oder auch durch Fehlen von Worten gestört. Reihensprechen mit Ausnahme der Zahlenreihe und des Alphabetes aufgehoben. Benennen von Gegenständen bei gebräuchlichen Dingen richtig, weniger gebräuchliche fehlen. Assoziative Wortfindung eher besser als die benennende. Nachsprechen sehr stark gestört. Schon einfache Buchstaben werden häufig falsch wiederholt, dabei nicht ganz selten Perseveration. Kurze Worte, deren Sinn der Kranke begreift, werden meist — nicht immer — richtig wiederholt. Häufig versagt der Kranke oder er bildet beim Nachsprechen ein dem Vorgesprochenen ähnliches Wort. Beim Vorsprechen mehrerer sinnloser Silben immer Versagen oder selten Bildung eines sinnvollen Wortes. Längere Worte — schon von drei Silben — werden nur ganz ausnahmsweise noch nachgesprochen, trotzdem Pat. sie gut versteht. Nachsprechen von Sätzen ganz unmöglich. Vorgesprochene sinnlose Silbenkombinationen oder dem Patienten unbekannte Fremdworte werden auch dem Klange nach, wenn auch nicht ganz sicher, so doch über das Maß hinaus wiedererkannt, das der Patient noch nachsprechen kann. Wiedererkennung vorgesprochener sinnvoller Worte (die der Kranke zum großen Teil nicht nachsprechen kann) fast vollkommen, nur mit charakteristischen Fehlern. Diese Fehler bestehen darin, daß Worte ähnlichen Sinnes, aber anderen Klanges anerkannt werden (z. B. Krankenhaus für Lazarett), Verständnis einzelner Worte und Sätze sehr gut. Selbst komplizierte Aufforderungen werden gut verstanden, der Unsinn sinnwidriger Sätze, wenn sie nicht zu lang sind, häufig gut erkannt, manchmal allerdings verkannt. In letzterem Falle läßt sich meist nachweisen, daß der Sinn der Hauptworte und Adjektiva richtig erfaßt, aber der von Artikeln und Präpositionen übersehen worden ist. Das begriffliche Verständnis vorgesprochener Sätze und Worte geht weit über das nachweisbare Ver-

ständnis des Wortlautes hinaus. Andererseits versagt das Verständnis des Wortlautes sehr bald, wenn sich mit dem Wortlaut kein eindeutiger Sinn verbindet, z. B. bei Zahlen. Der Kranke rechnet ausgezeichnet, auch im Kopf, aber er ändert die Zahlen der ihm vorgesprochenen Exempel und die ihm aufgegebenen Rechnungsarten um. Er rechnet z. B. $5+8=7$, und hat dabei $15-8$ gerechnet. Zusammensetzen von Worten aus einzelnen vorgesprochenen Buchstaben so gut wie unmöglich. Selbst seinen eigenen Namen erkennt der Kranke in einzelnen Buchstaben, ihm vorbuchstabiert, nicht wieder. Buchstabieren sinnvoller Worte gut mit sehr merkwürdigen Fehlern. So buchstabiert der Kranke auf das ihm vorgesprochene Wort Wilhelm: K-a-i-s-e-r. Zusammensetzen von Worten auf Buchstabentafeln geschieht der Orthographie nach, nicht nach dem Wortlaut. Leseverständnis noch etwas besser als das Verständnis für Gesprochenes. Schreiben: Finden einzelner Buchstaben oft schwierig und unmöglich, während bekanntere kurze Worte meist ohne Fehler oder mit geringen Buchstabenauslassungen geschrieben werden. Bei längeren Worten oft Versagen. Melodien werden richtig gesungen, aber ohne Text. Keinerlei psychische Störungen. Allgemeine Merkfähigkeit ausgezeichnet."

Nach Lewandowsky handelt es sich nicht um Leitungsaphasie, sondern um Störungen in Auffassung und Verwertung des Wortklanges selbst, welche das schlechte Nachsprechen erklären. Diese Störungen werden verdeckt oder ausgeglichen durch das Wortsinnverständnis. „Die mit dem Wort assoziierten oder ihm benachbarten Begriffe (z. B. Lazarett bei Krankenhaus) können besser und eher erweckt werden als der Wortlaut zum Bewußtsein gelangt." Der Kranke bezeichnete seine Art des Hörens als traumartig, „wie im Schlaf". Er konnte auch dann meist nicht nachsprechen, wenn er lautlich und begrifflich richtig erfaßt hatte. (Nach Bonhöffer, Diskussionsbemerkung hierzu, handelte es sich um eine ungewöhnliche Rückbildungsphase von Worttaubheit.) (Henneberg schildert — ebenda — einen ähnlichen Fall.)

Trömmer beschreibt ein durch Schädelbasisschuß bewirktes seltenes Kleinhirnbrückensyndrom (Neurolog. Zentralbl. 1916 Nr. 16).

Am 13. September 1915 Gewehrschuß schräg durch die Schädelbasis: Einschuß in der linken Fossa temporalis, Ausschuß aus dem rechten Jochbeinhöcker. Nach dem Schuß zwei Tage bewußtlos, dann unter Kopfschmerzen gebessert. Keine Blutung aus Ohr, Nase oder Mund. Anderthalb Monate später: Klagt noch über Kopfschmerz, linksseitiges Ohrensausen, Drehschwindel beim Sitzen und Schmerz im linken Arm. Geringer Nystagmus; folgende Nervenlähmungen der linken Seite: Anosmie, totale Trigeminusanästhesie, geringe Fazialisparese und Schwerhörigkeit; außerdem: Parese des linken Arms und Beines mit Verlangsamung und Inkoordination der Bewegungen bei mäßiger Reflexsteigerung (Fingerphänomen, Achillesklonus und Wadenphänomen, aber weder Babinski noch Oppenheim); sehr starkes zerebellares Schwanken bei Sitzen, Stehen und Gehen mit Fallneigung nach links. Beim Bárányschen Versuch beschleunigter Kältenystagmus links und sehr starke sekundäre Zeigeabweichung. Zerstörung des Trigeminusstammes bzw. des Ganglion Gasseri; Bruch der Felsenbeinpyramide, Blutung in den Kleinhirnbrückenwinkel.

L. Römheld (Tabes dorsalis oder Meningitis serosa traumatica nach Kopfschuß; Neurolog. Zentralbl. 1916 Nr. 16) beschreibt und erörtert einen 38 jährigen Kranken, bei dem sich nach Tangentialschuß am rechten Stirnbein (Gewehrkugel), an den sich zehn Minuten lange Bewußtlosigkeit anschloß, folgender Symptomenkomplex entwickelte: Kopfschmerzen, Schwindel, gemütliche Depression, Erschwerung des Denkens, Abnahme des Merkvermögens, R. Pupille > L. Lichtreaktion rechts sehr prompt und ausgiebig, links lichtstarr. Konvergenzreaktion rechts deutlich vorhanden, links ebenfalls, aber sehr träge und wenig ausgiebig. Konsensuelle Reaktion rechts (von links aus) vorhanden, links (von rechts aus) nur angedeutet. Starke Rötung beider Papillen, aber keine Stauungspapille. Links Hornhautreflex etwas schwächer als rechts. Ohr: Trommelfelle beiderseits normal, Rinne beiderseits +, Weber nach links, Knochenleitung rechts stark, links minimal verkürzt. Flüstersprache rechts 250 bis 300 mm, links 1000 mm. Kalorischer Nystagmus beiderseits; beim Rombergschen Versuch Fallen immer nach derselben Richtung, gleichgültig, wo und wie der Bogenapparat steht; bei gereizten Labyrinthen beiderseits Vorbeizeigen nach der gereizten Seite, R. > L. Mäßige Herabsetzung der Schmerzempfindung, keine Kältehyperästhesie am Bauch, lebhafte Bauch- und Kremasterreflexe. An den Beinen keine Ataxie. Bei Prüfung der Sensibilität am linken Bein bisweilen falsche Angaben. Hypalgesie an beiden Unterschenkeln, doch werden die Angaben, wenn man dem Patienten energisch zuredet, meistens richtig gemacht. Linker Kniereflex nicht auslösbar, rechter schwach, aber deutlich vorhanden. Achilles-



reflex fehlt beiderseits. Plantarreflex vorhanden. Bei geschlossenen Augen geringe Neigung nach rechts zu fallen. Später wurde an den Kniereflexen festgestellt: bei Ablenkung beiderseits schwach, aber deutlich auslösbar; etwa drei Wochen später: rechts deutlich, links nach Strychnininjektion ebenfalls deutlich; am ganzen Körper eine gewisse Hypalgesie; Berührung wird richtig empfunden. Alle Angaben sehr wechselnd und von der Aufmerksamkeit des Patienten abhängig. — Am rechten Stirnbein von vorn nach hinten verlaufende 6 cm lange, druckempfindliche, mit dem Knochen nicht verwachsene Narbe. Röntgenaufnahme ergibt am Schädel nichts Abnormes, insbesondere nichts für Hirnabszeß Sprechendes. Einmal wurde schwerer Schwindelanfall beobachtet, wobei Pat. ganz blaß wurde und hinfiel, ohne das Bewußtsein zu verlieren. — Die vier Nonneschen Reaktionen waren dreimal, Wassermann sogar fünfmal negativ (zur Kontrolle an zwei verschiedenen Instituten ausgeführt). Auch sonst ergab sich kein Anhalt für Lues. Drucksteigerung des Liquors (250 mm H_2O, ein andermal 350 mm H_2O). Ohrenärztliche Diagnose: Commotio labyrinthi.

Das Fehlen der Reflexe und die Hypalgesie an den Beinen wird — unter Bezugnahme auf die Arbeiten Balints (Neurol. Zentralbl. 1906 S. 104) — auf die Drucksteigerung im Liquor bezogen, und zwar auf die dadurch bedingte Veränderung der hinteren Wurzeln; aus diesem Grunde waren die Kniereflexe tatsächlich nach der Druckentlastung durch Lumbalpunktion deutlicher auslösbar als vorher. Auch die Verlangsamung der geistigen Funktionen wird auf die Drucksteigerung im Zerebrospinalkanal bezogen.

Ein früherer Gutachter war zu dem Ergebnis gekommen, daß die Erkrankung mit der Schußverletzung am rechten Stirnbein keinen Zusammenhang habe, und daß Tabes dorsalis vorliege. Römheld diagnostizierte traumatische Meningitis serosa nach Kopfschuß, die überhaupt nach Tangentialschüssen eine große Rolle spiele. Er betont die Notwendigkeit des Zuziehens des Neurologen und der anderen in Betracht kommenden Spezialisten. Lumbalpunktionen können symptomatisch viel nützen.

Der Fall ist für Begutachtungen äußerst instruktiv. (Bezüglich traumatischer Pupillenstarre nach Schädelverletzungen verweist Römheld auf die Studien von Axenfeld, Neurol. Zentralbl. 1906 S. 630).

Trophische Störungen nach Schädelschüssen beobachtete E. Rychlik (Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 6) unter 156 operierten Fällen zweimal.

I. Am 14. November 1915 Verwundung durch Schuß. Die Kugel blieb in der Kappe stecken. Bewußtlosigkeit, Lähmung der linken oberen und unteren Extremität. 15. November: Debridement; kronengroße Impression des rechten Scheitelbeines, Dura verletzt, Knochensplitter tief im Gehirn. Auslöffelung der zertrümmerten Gehirnmasse. Nachdem die Lähmung sechs Wochen bestanden, stellte sich zuerst die Beweglichkeit der oberen, nach weiteren drei Wochen allmählich auch die der unteren Extremität ein. Auf der gelähmten Seite Anästhesie. Sehnenreflexe der gelähmten Seite erhöht, Bauchdeckenreflex rechts fehlt. Während der sechswöchigen Lähmung wuchsen die Nägel der linken Hand nicht, bröckelten an der Spitze ab. Mit Rückkehr der Beweglichkeit wuchsen sie wieder normal.

II. Am 2. April 1915 Gewehrdurchschuß der Stirne. Einschuß rechts, 3 cm hinter dem äußeren Augenwinkel mit gleichzeitiger Verletzung des Bulbus, Ausschuß 1 cm oberhalb des linken Prozessus zygomaticus im linken Schläfenbein. Nach der Verletzung zirka zwei Stunden bewußtlos, durch vierzehn Tage leichte motorische Aphasie. Nicht operiert. Im weiteren Verlaufe Brennen und Schmerzen der linken Kopfhälfte und Halsseite. Seit Mai 1916 Auftreten weißer Haarbüschel und weißer Flecken an der Wange, aber nur auf der linken Seite.

Status praesens: 26. Oktober 1916. Homolateraler horizontaler Nystagmus nach links außen, ist ganz wenig ausgedehnt. Abschwächung der gleichseitigen Bauchdeckenreflexe. Motorische Störungen wurden nicht gefunden. Vollständige Anästhesie der ganzen linken Kopfhälfte bis zum oberen Halsdrittel, wie auch der Mund- und Konjunktivalschleimhaut der linken Seite, also im Innervationsgebiete des Nervus trigeminus und der sensitiven Wurzel des ersten, zweiten und dritten Zervikalnerven. Die Anästhesie erstreckt sich auf alle Empfindungsarten, Berührung, Schmerz und Wärme. Links ist das Sehvermögen unversehrt, linke Lidspalte etwas verkleinert, Pupille verengert, rechts das Sehen infolge peripherer Verletzung des Augapfels vollständig erloschen. Die Geruchsempfindung beiderseits normal. Geschmacksempfindung fehlt auf der Zungenspitze links, ebenso die Empfindung für Schmerz und Wärme. Am behaarten Kopfe links nicht nur vorne, sondern auch am Hinterhaupt weiße Haarbüschel. An der linken Wange und Halsseite weiße Flecke (Vitiligo). Nirgends wird die Mittellinie überschritten.



Rychlik erklärt die in diesem Falle bestehenden analgetischen Zonen derart, daß es sich auch hier wie in den Fällen von Wilms, Vorschutz und Hanussa um Hyperalgesie handelte, die später in Analgesie umschlug. Als Ursache dieser Erscheinungen nimmt er intrakranielle Sympathikusstörung an.

O. Chiari (W. kl. W. 1916 Nr. 51) demonstrierte in der Wissenschaftlichen Ärztegesellschaft in Innsbruck am 27. Oktober 1916 zwei interessante Fälle fortschreitender Enzephalitis, die sich an Abszesse angeschlossen hatte und deren Beherrschung durch ungewöhnlich breite Inzision der Gehirnsubstanz gelang.

I. Tangentialschuß des linken Stirnbeines mit einem zahlreiche Knochensplitter enthaltenden Abszeß im Stirnhirn. Mehrere Wochen nach Debridement der Wunde und Dränage des Abszesses bildete sich unter hoher Fiebersteigerung und schwersten Allgemeinsymptomen im linken Stirnhirn eine große Erweichungshöhle, von zerfallender Hirnsubstanz umgeben. Nach ausgedehnter rücksichtsloser Spaltung des Stirnlappens und breiter Tamponade der Höhle gingen alle Erscheinungen rasch zurück. Die Wunde war zur Zeit der Demonstration — mehrere Monate nach dem zweiten Eingriff — nahezu verheilt.

II. Im Anschluß an die Eröffnung eines Abszesses im linken Parietallappen fortschreitende entzündliche Erweichung im Scheitel- und Schläfelappen. An dem seit zwölf Stunden bewußtlosen Kranken, der die Zeichen schwerer Hirndrucksteigerung bot, wurde nach ausgiebigster Entfernung des Knochens eine tiefe, sehr ausgedehnte Inzision an der linken Hemisphäre vorgenommen. Auch hier war der Erfolg ein überraschend günstiger. Die mehr als handtellergroße Wunde granulierte in vollem Umfang und ragte nach 6 Wochen kaum noch über das Niveau der Umgebung vor.

E. Redlich demonstrierte in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 27. Oktober 1916 (Wien. klin. Wochenschr. 1916 Nr. 45 S. 1444) zwei Fälle mit interessanten neurologischen Symptomenkomplexen, deren Deutung erst durch den Nachweis von dem Kranken unbekannt gebliebenen Schußverletzungen ermöglicht wurde.

27 jähriger Soldat, November 1915 durch eine Granatexplosion hingeschleudert. Danach Blutung aus Nase und Mund, Schwerhörigkeit am rechten Ohr (angeblich Otitis media rechts), rechtsseitige Lähmung. Befund: bilaterale homonyme rechtsseitige Hemianopsie, leichter Nystagmus beim Blick nach rechts; rechte Pupille reagiert etwas schlechter wie die linke. Fundus normal. Leichte Läsion des Kochlearis rechts und des Vestibularis beiderseits. Leichte rechtsseitige Hemiparese mit Hemiathetose, respektive Hemichorea, Babinski rechts. Hypästhesie der rechten Körperhälfte, schwere Störung der Tiefensensibilität an rechter Hand und rechtem Fuß. Schmerzen in der rechten Körperseite.

Die Symptome entsprachen dem Symdrome thalamique (Dejerine-Roussy), charakteristisch für eine Affektion der basalen abovalen Anteile des Thalamus opticus. Röntgenbild: links von der Falx cerebri im medialen Anteile des Scheitellappens ein bohnengroßes Projektil; Verdacht auf kleine Splitterchen hinter dem Dorsum sellae (Professor Schuller). Das Projektil dürfte auf seinem Wege den linken Thalamus opticus verletzt haben. Wie es in den Schädel gelangte, ist unbekannt; der Kranke stellt auch jetzt noch eine Schußverletzung in Abrede.

38 jähriger Soldat; Juni 1916 Verletzung an der linken Nasenhälfte bei Explosion eines Schrapnells. Er wurde bewußtlos, blutete aus Mund und Nase, Lähmung und Gefühllosigkeit des rechten Armes, die zwei Monate anhielt. Eine Lähmung des rechten Beines verlor sich bald. Ausgesprochene vasomotorische Störungen der rechten Hand.

Befund: Beim Blick nach links Andeutung von rotierendem Nystagmus. Atrophie der Schultermuskulatur und geringe Atrophie der kleinen Handmuskulatur rechts mit fibrillären Zuckungen. Veränderungen des rechten Schultergelenkes und der Fingergelenke rechts. Vasomotorische Störungen der rechten Hand. Am Dorsum manus et antibrachii rechts Sensibilitätsstörungen, Thermosensibilität und Schmerzempfindung am stärksten betroffen. Erscheinungen am Rumpf und der rechten unteren Extremität entsprechend einer leichten Affektion des rechten Pyramidenseitenstranges. Allmähliche Besserung. Diagnose: Affektion der rechten Rückenmarkshälfte im Halsmark, am ehesten Hämatomyelie. Röntgenbild: zwischen fünftem und sechstem Halswirbel rechts in der Höhe des Processus transversus, anscheinend mit Splitterung des Processus transversus des fünften, vielleicht auch des sechsten Halswirbels eine deformierte Schrapnellkugel. Außerdem Metallsplitter am linken Unterkieferwinkel und in den Weichteilen des Halses. Vermutlich drang das Projektil am linken Nasenrücken ein und blieb an der Halswirbelsäule stecken. Blutung in die graue Substanz des Halsmarks. Auch dieser Kranke wußte von einer Schußverletzung nichts. (Ein ähnlicher Fall in D. m. W. 1916 S. 1352.)

(In der Diskussion erwähnte Schuller drei ähnliche Fälle von Epilepsie, wo von einem Geschoß, das erst durch Röntgenbild festgestellt wurde, vorher nichts bekannt gewesen war.)

Alexander (Diskussionsbemerkung zum Vortrag Marburgs, Wien. klin. Wochenschr. 1916 S. 865) hebt hervor, daß Streifschüsse des Schädels in einer überraschend großen Anzahl zu Schwerhörigkeit führen; dieselbe betrifft die Ohrseite der Verletzung allein, zumindest ist das Ohr auf der Seite des Streifschusses stärker erkrankt als das Ohr der anderen Seite. Die Funktionsprüfung ergibt nun in diesen Fällen häufig alle Zeichen einer anatomischen Erkrankung des inneren Ohres bei vollständigem Fehlen ohrneurasthenischer bezw. neurotischer Symptome. Die Feststellung der Neurasthenie, soweit sie sich in Gehörbeschwerden äußert, kann mit großer Genauigkeit erfolgen. Die fraktionierte Stimmgabelperzeption ist ein ungemein charakteristisches Zeichen der Neurasthenie, in der Symptomatologie der Erkrankung des statischen Labyrinthes ist der „labyrinthäre Spontannystagmus mit neurasthenischer Komponente" klinisch genau charakterisiert. U. a. ist die Verstärkung des spontanen Nystagmus nach wiederholter Seitenwendung der Bulbi ein Zeichen des Mitspielens neurotischer Erscheinungen. Diese beiden neurotischen Merkmale fehlten in den angezogenen Fällen von Streifschüssen des Schädels gänzlich. Bei Streifschüssen des Kopfes, bei welchen die Schädelkapsel auch nur ganz oberflächlich getroffen wird, können anatomische Labyrinthläsionen verhältnismäßig schweren Grades auftreten. Es ist experimentell erwiesen (Wittmaack u. a.), daß anatomische Labyrinthläsionen viel leichter auf dem Wege von Knochenerschütterung als auf dem Wege der Luftschalleitung entstehen. Bei Streifschüssen des Schädels ist durch mehrere Wochen bis zwei Monate nach der Verletzung auch in Fällen, in welchen keine oder keine nennenswerte Beeinträchtigung der Hörschärfe für Luftleitung eingetreten ist, eine beträchtliche Verkürzung der Kopfknochenleitung konstatierbar. Diese „unverhältnismäßige Verkürzung der Kopfknochenleitung" ist sowohl für Schädeltraumen als auch merkwürdigerweise für den Beginn luetischer Innenohraffektionen charakteristisch (Veränderungen der Meningen und Störungen der Vaskularisation der Schädelknochen).

Mit Rücksicht auf spätere Versorgungs- bezw. Rentenansprüche kann die Grenze zwischen Labyrinthneurose und Labyrintherkrankung nicht streng genug gezogen werden. In dem nervösen Symptomenkomplex, der nach Streifschüssen auftritt und der nach Marburg der Gruppe der traumatischen Neurose zuzurechnen ist, weist eine große Anzahl der Fälle anatomische traumatische Innenohraffektionen auf.

Einen Fall von motorischer Amusie, nach Kopfschuß ins rechte Scheitelbein, beschreibt M. Mann (Neurol. Zentralbl. 1917 Nr. 4); das musikalische Gehör war nicht gestört, sondern „das durch Übung erworbene rasche und richtige Ineinandergreifen der einzelnen Bewegungskomponenten und Komplexe beim Singen und Pfeifen, wodurch allein Rhythmus und Melodie zu einer Einheit verschmelzen". Wenn der Pat. sich Zeit nahm, konnte er richtig singen.

Pötzl (Sitzung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien, vom 20. Juni 1916, Wien. klin. Wochenschr. 1917 Nr. 5) berichtet über einen zweiten Fall von Kommotion der Sehsphäre, diesmal ohne hysterische Symptome (vergleiche Wiener Verein für Psychologie und Neurologie, Februar 1915), eine Blicklähmung mit Sehstörungen eigentümlicher Art und mit leichten, aber deutlichen agnostischen Störungen, in ihren Einzelheiten vollkommen entsprechend dem letzten Rückbildungsstadium einer Rindenblindheit, wie sie als Anfangserscheinung bei doppelseitiger Verletzung der Sehsphäre regelmäßig ist; doch war in diesem Falle kein segmentaler Defekt des Gesichtsfeldes vorhanden gewesen. Die Blicklähmung fiel hier mit Störungen des peripheren Sehens sehr charakteristischer Art zusammen. Die agnostischen Störungen betrafen Formensinn, Raumerfassung und Bildperspektive bei erhaltenem Farbensinn und führten zu einer Metamorphose. Übung und Reedukation besserte gut.

Daneben bestanden allgemeine Gedächtnisstörung und allgemeine Ermüdungserscheinungen, aber kein Symptom, das als idiogen auch nur versuchsweise gedeutet werden konnte.

Es handelte sich um Granatsplitterverletzung am Hinterhaupt, symmetrisch an der Medianlinie, Schädeldefekt im oberen Teil des Hinterhauptbeines.

Über einen Fall von zentral bedingter umschriebener Sensibilitätsstörung der linken Hand nach Kopfschuß berichtet Depenthal (Münch. med. Wochenschr. 1916 Nr. 34 S. 1249, 22. August 1916).

25. Mai 1915 Verwundung durch Bombensplitter in der Gegend des rechten Scheitelbeines. Eine halbe Stunde bewußtlos. Zweimal operiert (Hebung einer Depression, Entfernung von Knochensplittern, Periostplastik). Keine Lähmung. Jetziger Befund: Auf dem hinteren oberen Abschnitt des rechten Schei-

telbeines nahe der Mittellinie markstückgroße, tief eingezogene, wenig pulsierende Narbe. Von dieser aus zieht eine strichförmige Narbe ca. 3 cm nach vorn. Mäßige Schwächung der groben Kraft des ganzen linken Armes, vollkommene Anästhesie, Analgesie, Thermanästhesie und Verlust der Tiefensensibilität der linken Hand, hinaufreichend in unregelmäßiger Linie bis zweifingerbreit oberhalb des linken Handgelenkes. Passives Strecken und Beugen der Finger in normalen Grenzen wird nicht empfunden, während z. B. Überstreckung eines Fingers als Extensionsbewegung der ganzen Hand gedeutet wird. Folge der Anspannung der langen Beugemuskeln, die so das Gefühl auf den Unterarm übertragen. Stereognostischer Sinn fehlt. Gegenstände, die man in die Hand legt, werden gar nicht empfunden. Pat. gibt sogar an, daß er überhaupt von der Existenz seiner Hand, wenn er nicht hinschaue, keine Empfindung habe. Unter Kontrolle der Augen werden sämtliche Bewegungen ausgeführt; nur Steifigkeit besonders bei der Beugung der Finger, sowie gewisse Ataxie; auch im ganzen ist die Hand, z. B. beim Finger-Nasenversuch, ataktisch. Bei geschlossenen Augen ist sogar die einfache Beugung und Streckung der Finger trotz krampfhafter Anstrengung nicht möglich. Sobald dagegen Pat. die Augen öffnet und die Bewegungen optisch kontrollieren kann, gehen sie mit Leichtigkeit vor sich. Pat. ist daher nur imstande, die Hand zu gebrauchen, wenn er unter Zuhilfenahme der Augen jede Handhabung optisch kontrolliert. Allgemeine posttraumatische Schädigung der geistigen Regsamkeit, Vergeßlichkeit, schnelle Ermüdung mit Auftreten von Kopfschmerzen.

Diagnose: Schädigung der hinteren r. Zentralwindung. Diese an sich wenig augenfällige Störung versetzte Pat. im Dunkeln in dieselbe Lage, als ob ihm die linke Hand fehle. Bei Handhabungen, die ohne optische Kontrolle reflektorisch ausgeführt werden, kommt er fast denjenigen Erwerbsbeschränkten gleich, die die Hand durch periphere Verstümmelungen verloren haben.

(Fortsetzung folgt.

Mitteilungen.

— **Auflassung der Döblinger Privatheilanstalt.** Hofrat Professor Dr. Heinrich Obersteiner hat die von ihm geleitete Privatheilanstalt in der Billrothstraße in Döbling aufgelassen. Die in der Anstalt untergebrachten Pflegebedürftigen wurden Sanatorien übergeben.

Buchbesprechungen.

— Pikler, J., Professor a. d. Univ. Budapest: Sinnesphysiologische Untersuchungen. 515 S. Mit 44 Figuren im Text. Leipzig 1917, J. A. Barth. 18,00 M.

Ziel der Untersuchungen ist die Feststellung von objektiven Vorgängen, denen Bewußtseinszustände entspringen und die sich dem Verfasser als auf leblose Geschehensarten nicht zurückführbare herausgestellt haben, und zwar die Bestimmung der allgemeinen Natur des Empfindungsvorgangs, worin er von der herrschenden Lehre wesentlich abweicht. Den Ausgang der Forschung bildet die Analyse der „sinnlichen Negation" (S. 101 bis 110), welche als die Zurückhaltung einer Halluzination, zu der die Bereitschaft in uns liegt, definiert werden kann. „Die sinnliche Negation, obwohl sie uns von der physischen Welt Bericht erstattet, wird also nicht durch ein äußeres physisches Agens bewirkt, etwa auch nur auf die mittelbarste Weise „ausgelöst". Sondern der Organismus hält seinen inneren Tendenzen, Bedürfnissen, seinem Konservativismus gemäß die Empfindungsbereitschaft, als hier und jetzt unangebracht, spontan zurück, wie er körperliche Handlungsbereitschaften zurückhält, wo sie unnötig scheinen. Die sinnliche Negation geht also, obwohl sie eine Sinnesfunktion ist, aus einem Trieb, nicht aus einer Sinneserregung hervor, den physischen Agentien wird das Sinnesorgan nur exponiert, es wird nur aufs Spiel gesetzt, damit der Trieb zur Anpassung betätigt werde und das Sinnesurteil bewirken könne." Die sinnliche Negation ist Apperzeption ohne Zugrundeliegen irgendeiner Perzeption, ist Anerkennung einer Forderung, aber nicht der eines Gegenstandes, wie ja auch nicht Gegenstände, sondern nur unsere eigenen Tendenzen an uns Forderungen stellen können. Die Prüfung der sinnlichen Negation ist „unter den psychologischen Wegen der königliche Weg zur Erkenntnis der wirklichen Natur der Sinnesfunktion, zur Überwindung des Passivismus auf diesem Gebiete". Das Empfinden ist der spontanen Bewegung wesensgleich. Empfindung ist Ausübung einer in mir ruhenden Fähigkeit, über deren Ausübung ich von innen heraus, meinen Bedürfnissen gemäß, die vollständige Macht habe und entscheide (S. 113). Es ist auch nicht so, daß in der sinnlichen Position Sachverhalte von außen einfach gleichsam abgelesen werden. Ein lebendes Wesen empfindet und erkennt die äußeren Kräfte nicht dadurch, daß diese in ihm physische Wirkungen ausüben, wie in einem leblosen Stoffe, sondern dadurch, daß es diesen Wirkungen begegnet. Die Reize wirken beim Empfinden auf dieselbe Weise wie die Gründe beim Handeln, weshalb wir auch manchmal das Bewußtsein haben, deutlicher empfinden zu sollen als wir empfinden, und stets das Bewußt-



sein haben, richtig empfinden, ein Seiendes in seiner objektiven, wirklichen Art erkennen zu sollen (S. 114). Mein Bewußtseinszustand „ich empfinde" gibt sich als spontane Modifikation des selbsterhaltungsmäßigen ursprünglichen Bewußtseinszustandes „ich bin". Es handelt sich bei Pikler um eine Anpassungstheorie des Empfindungsvorganges gegenüber der bisherigen Erregungstheorie.

Im vorstehenden sind einige Hauptsätze dieses grundlegenden, hochinteressanten Werkes wiedergegeben; es kann damit im Rahmen einer Besprechung nur die nackte Linie und allgemeine Richtung der Forschung Piklers angedeutet und muß natürlich im übrigen auf das Studium des Buches selbst verwiesen werden, was hiermit im Sinne der angelegentlichsten Empfehlung geschehen sei. Gerade wenn man sich daran gewöhnt hat, in dem Empfinden etwas Tätiges, nicht, wie üblich, Leidendes zu sehen, wird sich auch dem Psychiater für die Beurteilung krankhafter Geisteszustände mancher neue Gesichtspunkt ergeben. Man wird z. B. Empfindungshemmungen als aktive Vorgänge auffassen können.

Auf einige wichtige Abschnitte sei noch besonders hingewiesen: das Ergebnis der experimentellen Einschläferung durch Ausschaltung der Sinnesreize in bezug auf die Bedingungen des Bewußtseins; der spontane Wachtrieb als Bedingung des Bewußtseins und insbesondere der Empfindungen; die Vorgänge der Vergleichung, der Verallgemeinerung und der Abstraktion und ihr Verhältnis zum Empfindungsvorgang. Die Sichtbarmachung des Empfindungsvorganges durch den Schnellwechsel der Reize (es gibt Empfindungen, welche nicht aus Erregung der Sinne durch Reize, noch aus Erfahrung, sondern aus erfahrungsfreier apriorischer anpassender Selbsterhaltung hervorgehen); das Zeitsinnesorgan und seine Funktionsweise; dann eine Reihe Kapitel optisch-physischer Beobachtung usw.

Der Verlagshandlung, welche in dieser Zeit die Her-

ausgabe des gelehrten Werkes zu ermöglichen wußte, gebührt größte Anerkennung und Bewunderung.

Bresler.

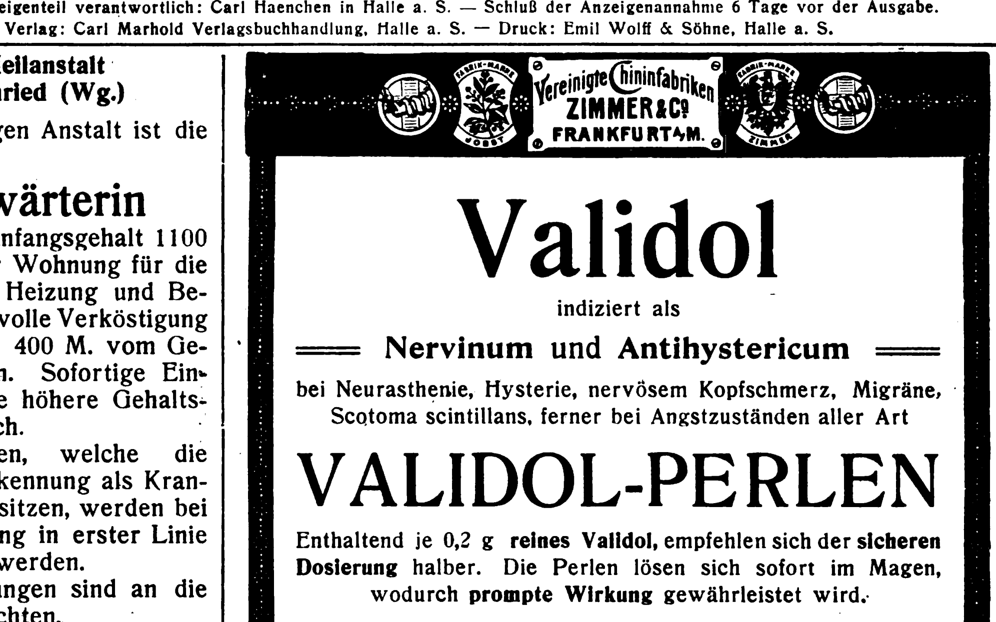
Personalnachrichten.

— **Ernennungen.** Der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, Medizinalrat Dr. Max Fischer, wurde zum Geheimen Medizinalrat, der Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Dr. Artur Schultes, zum Medizinalrat, die Anstaltsärzte an den Heil- und Pflegeanstalten Dr. Viktor Mathes in Wiesloch, Dr. Ernst Jäger in Konstanz, Dr. Oskar Gelbke in Pforzheim und Dr. Albert Kühne in Emmendingen zu Oberärzten ernannt.

— Erschienen ist eine Neuauflage des Verzeichnisses über **Originalformen** der **Temmler-Werke, Vereinigte Chemische Fabriken, Detmold,** ein praktisches Merkbuch in handlicher Form, und wird den Ärzten auf Anfordern bereitwilligst kostenlos überlassen. Die genannte Firma führt nach Verschmelzung der früheren Med.-Chem. Fabrik Dr. Haas & Co., Stuttgart-Cannstatt, und der Chemischen Fabrik Nassovia, Wiesbaden, unter der bewährten alten Betriebsleitung die beliebten Erzeugnisse weiter.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

Neunzehnter Jahrgang. Nr. 47/48. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 47/48. 16. Februar **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Zur Organotherapie der Dementia praecox.

Von Professor Dr. **Alexander Pilcz,** Wien.

Kräpelin (1) sagt bei Erörterung der Therapie der Dementia praecox u. a., daß er sich lange Zeit hindurch bemüht hatte, durch Einführung aller möglicher Organpräparate, der Schilddrüse, der Hoden, Eierstöcke usw. Einfluß auf die Krankheit zu gewinnen, „leider ohne jede Wirkung". Ähnlich absprechend äußert sich Bleuler (2) über die Opotherapie bei der Schizophrenie. Demgegenüber sah ich, der ich nach der v. Wagnerschen Erfahrung bei Schizophrenen eine kombinierte Arsen-Eisenkur mit Thyreoidin-Ovarial- bzw. Thyreoidin-Epididyminmedikation seit einer Reihe von Jahren anwende, doch nicht so selten einer Heilung gleichkommende Remissionen, so daß ich diesem Verfahren doch nicht jeglichen Wert absprechen möchte (3). Nur nebenbei sei hier an die Arbeit von Middlemass (4) erinnert, der sagt, daß kein Fall als unheilbar aufgegeben werden sollte, bei dem nicht vorher ein Versuch mit der Schilddrüsenbehandlung unternommen worden war. (Literatur über dieses Thema in meiner Studie (5) „Zur Frage des myxödematösen Irreseins und der Schilddrüsentherapie bei Psychosen überhaupt".)

Der folgende Fall scheint mir nun aus zwei Gründen mitteilungswert, erstens, weil es sich um eine Form der Dementia praecox handelt, bei welcher erfahrungsgemäß Spontanremissionen so gut wie nie beobachtet werden, nämlich um ein paranoides Zustandsbild, zweitens, weil die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, die erfolgte Remission — ich vermeide das Wort „Heilung" — in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen mit der Einleitung einer neuen Art von Organotherapie.

Die Krankheitsgeschichte lautet folgendermaßen:

23 jähriges Mädchen. Vater neuropathisch, soll an „Basedow" oder „Basedowoid" gelitten haben, starb an Aortenaneurysma. Ein Bruder nervös, hat Tetaniezähne. Eine Tante mütterlicherseits geisteskrank. Mutter, von der diese Anamnese herrührt, hat dreimal abortiert, ist zweifellos selbst hochgradig psychopathisch. In der ganzen Familie viel Kropf. Pat. überstand mit anderthalb Jahren eine schwere Diphtheritis mit Tracheotomie und Laryngofissur, so daß sie seither dauernd nahezu vollkommen aphonisch ist. Entwickelte sich intellektuell und körperlich normal, war sogar ungewöhnlich begabt, maturierte. Menses mit 13 Jahren, regelmäßig, während derselben stets mehr erregt, und zwar wie die Kranke selbst angibt, auch sexuell. Im Alter von etwa 8 Jahren Masturbation, seither angeblich nicht mehr. In England habe sie sich, kurz vor Kriegsausbruch, durch übertriebenen Sport, während gerade die Menses eingetreten waren, eine „irritation of the ovaries" zugezogen, wie ein Arzt den Zustand der Mutter gegenüber bezeichnete. Seit Februar 1916 beiläufig ward Pat. in ihren Äußerungen auffallend erotisch, namentlich menstruell, klagte oft über allerlei abnorme Sensationen im Unterleibe und in den Brüsten, ebenso in der Schilddrüse.

In ziemlich akuter Weise traten Anfang Jänner 1917 schwerere psychotische Symptome auf. Die Kranke sprach von „Telepathie", von der „Verkappung" des Königs von Polen usw., begab sich in ein Hotel in Wien, woselbst sie sich splitternackt auszog, „um mit dem erwarteten Bräutigam die Hochzeitsnacht zu feiern". Auf die psychiatrische Klinik gebracht, 16. Januar 1917, erwies sie sich örtlich-zeitlich orientiert; sie sei in der letzten Zeit geistig „klar blickend" geworden, korrespondiere „geistig" mit verschiedenen Personen, höre deren Stimme. Im Sommer habe sie geträumt, daß sie ein Kind habe. Nun habe sie in den letzten Tagen einen



Offizier gesehen, der genau die Augen des erträumten Kindes hatte. Jetzt wußte sie, daß sie von ihm das Kind haben müsse. Sie habe durch ihren Willen jenem Manne die Suggestion gegeben, nach Wien zu kommen. Sie ging nun in das Hotel, hörte dort auch seine Stimme, wiewohl sie ihn nirgends sah, zog sich auf einem Klosett die Bluse aus, stieg einen Stock höher und entledigte sich dort auf einem Anstandsorte des Rockes usf., bis sie im obersten Geschosse auch das Hemd ablegte. Als ihren Verlobten bezeichnet sie bald einen Juden, der äußerlich schmutzig sei, während sie selbst innerlich unrein sei, bald einen sehr hohen österreichischen Aristokraten. Sie wolle von ihm das Kind, auch ohne Verlobung und ohne Eheschließung. Gibt geordnete Daten zur Anamnese. Die letzte Periode vor drei Tagen beendet.

Am 18. Januar 1917 in das n.-ö. Landessanatorium „Steinhof" [1]) gebracht, wieder durchaus geordnet. Schlaf, Nahrungsaufnahme ungestört. Gibt bezüglich des Gebarens im Hotel dieselbe Motivierung, wie auf der Klinik; sie habe in jedem Stockwerke ein Kleidungsstück abgelegt, um den „Aufstieg" zu „ihm" zu versinnbildlichen. Von der Telepathie habe sie jetzt genug, man ziehe sich selbst das Gehirn aus, wenn man drahtlos verkehre; sie könne aber auch sich „absperren", d. h. den „Knopf im Kopfe" hineindrücken, dann könnten keine Stimmen eindringen.

Körperlich: Temperatur 37,2, Puls 96, Füllung und Spannung herabgesetzt, lebhafter feinwelliger Fingertremor, Pupillen sehr weit, prompt reagierend.

In den nächsten Wochen dauernd ungestörter Schlaf. Pat. äußerlich geordnet, spielt zuweilen Klavier, beschäftigt sich mit Lektüre, stets gereizt, schimpft über ihre Mutter, die an ihrem Unglücke schuld sei, drängt fort, balgt mit den Pflegerinnen herum. Körpergewicht 63 kg.

Ich sah die Pat. zum erstenmale am 23. Februar 1917 pro consilio. Sie erschien lächelnd zur Unterredung, bezeichnete sich als vollkommen gesund, doch bleibe sie hier in der Anstalt, bis der, für den sie bestimmt sei, sie zur Hochzeit abhole. Wer derjenige sei, wisse sie selbst nicht, nicht einmal, wie er ausschaue. Alles erfahre sie auf telepathischem Wege. Sehr redselig, jedoch ohne ideenflüchtigen Typus. Keine motorische Unruhe. Mienenspiel eigentümlich starr, unbelebt. Pulsfrequenz 92 bis 96, Druck auf die Bulbi wird außerordentlich schmerzhaft empfunden. Feinwelliger Fingertremor. Subjektive Klagen über Brennen und Spannen in der Tracheotomienarbe und dem rechten Schilddrüsenlappen. Thyreoidea übrigens nicht vergrößert, nicht pulsierend. Ich riet zu einem Turnus von Antithyreoidin-Möbius, kombiniert mit Ovaraden und As-Fe.

In der nächsten Zeit zunächst ganz unverändert, dann allmähliches Aufsteigen einer gewissen Verwirrtheit, die immer wieder rasch mit Zeiten völliger äußerlicher Klarheit wechselt; wird gelegentlich aggressiv, klagt über peinigende Sensationen in der Scheide. Menstruation immer regelmäßig; bezeichnet eine Periode als Frühgeburt, sie habe durch „Parthenogenese" ein Kind bekommen, halluziniert stärker, wird zornig erregt, äußert auch Geschmackstäuschungen. Schlaf meist trotz Erregung ungestört.

Als ich am 10. April 1917 wieder zur Pat. gerufen wurde, erkannte sie mich, ward bald ungemein erotisch, wollte einen Kuß, öffnete die Schenkel. Bei Druck auf die Bulbi, der sich wieder als außerordentlich schmerzhaft erwies, plötzlicher Umschlag der erotischen Stimmung in zornige Erregung, will aggressiv werden, schimpft in ganz ordinärer Weise. Puls 84.

In der nächsten Zeit wird die Kranke ruhiger, spricht aber stets vom Heiraten, legt sich zu Mitpatientinnen ins Bett, will dieselben untersuchen, ob sie nicht Männer seien. Zuweilen starrt sie lange vor sich hin, beginnt dann in höchster Erregung zu schimpfen. Anfang Mai einige Tage hindurch auffallend klar, von einer gewissen oberflächlichen Krankheitseinsicht, meint, sie fühle sich im Kopfe und im Halse leichter. Puls 68. Klagt ständig über abnorme Sensationen im Unterleibe.

Am 10. Mai 1917 sah ich die Kranke wieder. Sie begrüßte mich höflich; sie sei ganz verrückt gewesen, habe Stimmen gehört; was sie in jenem Hotel getrieben, sei Unsinn gewesen. Jetzt sei sie gesund. „Durch Zureden der Mutter und durch eigene Logik" habe sie wieder klar denken gelernt. Puls 84. Augäpfel nicht mehr so stark, doch deutlich druckschmerzhaft. Tremor der Finger geringer. Bei großem Redeschwalle stierer Blick und wenig belebtes Mienenspiel.

Ich erinnere mich nun der interessanten Versuche und Mitteilungen von Hofstätter (6, 7) über die therapeutische Verwendung der Epiphysenpräparate in der Gynäkologie, speziell zur Bekämpfung hyperlibidinöser Zustandsbilder. Der vorliegende Fall schien mir für einen solchen Versuch passend. Im Vordergrunde der Symptomatologie stand hier das sexuelle Moment, ständig abnorme Sensationen seitens der Genitalien, sexuell gefärbte Wahnideen, Hyperlibido. Die bisherige Therapie hatte höchstens auf die dysthyreoidalen Symptome einen Einfluß ausgeübt, die Ovarialtherapie vielleicht sogar eine gewisse Verschlimmerung gebracht. Bei der ungünstigen Prognose empfahl ich noch einen Versuch mit Erregung künstlichen Fiebers als Ultima ratio, zunächst aber, bei Wiederholung der Antithyreoidinkur, einen energischen Versuch mit Epiglandol. Zur Verwendung gelangte das Präparat von Hoffmann, Laroche & Co., Phiolen à 1 ccm einer 20 proz. Lösung. Das Präparat wurde zuerst intern gegeben, später, mit zunehmender Beruhigung und Einsicht der Patientin, subkutan, durchschnittlich jeden zweiten Tag. Der weitere Verlauf gestaltete sich nun wie folgt:

[1]) Für liebenswürdige Überlassung der Krankheitsgeschichte danke ich verbindlichst dem Direktor Herrn Regierungsrats Dr. Schlöß.

Auf die paar Tage auffallender Besonnenheit zunächst bald Wiederkehr des früheren seit Ende März sich zeigenden Zustandes, Wechsel von Aggressivität mit gegenstandsloser Heiterkeit, zuweilen „Wortsalat", z. B. „elektrisches Haar mit Gemüt vermischt". Schlaf und Nahrungsaufnahme stets ungestört, Menses pünktlich. Seit Mitte Juni auffallend rasche und zunehmende Beruhigung, Krankheitseinsicht, Schwinden des Erotismus.

Am 30. Juni 1917 fand ein Konsilium mit Hofrat v. Ortner und Dr. Hofstätter statt. Die Kranke war durchaus geordnet, bekundete volle Krankheitseinsicht und gute Erinnerung für die vorausgegangene Zeit, ermüdete auch bei längerem Examen nicht; nur fiel eine gewisse Unfreiheit und ein eigenartig starrer Blick auf. Hofrat v. Ortner konstatierte somatischerseits: Leichte Druckempfindlichkeit der Schilddrüse, Puls 88, Milz leicht vergrößert, leises funktionelles Geräusch über der Spitze, feinwelliger Fingertremor. v. Ortner empfahl auch die Darreichung von Thymintabletten, täglich zwei à 0,15. Die Bulbi waren kaum mehr druckempfindlich. Eine gynäkologische Untersuchung wurde vom Kollegen Hofstätter und mir als durchaus kontraindiziert übereinstimmend abgelehnt, Fortsetzung der Epiglandolmedikation beschlossen.

Die erste Woche des Juli brachte noch eine Phase leichter zorniger Erregung. Seither dauernd klar, krankheitseinsichtig, beschäftigt sich mit Lektüre u. dgl., unternahm Ausgänge in die Stadt. Am 12. Nov. 1917 sah ich Pat. wieder persönlich. Puls 80. Kein Fingerzittern, Augäpfel auf Druck unempfindlich. Freies natürliches Gebaren, volle Krankheitseinsicht, berichtet retrospektiv über massenhafte Gehörs- und Gefühlstäuschungen, speziell seitens der genitalen Sphäre, auch optische Halluzinationen kamen vor. Stimmung unauffällig.

Die Kranke wurde von der Anstalt geheilt entlassen. Der seit Mitte Juli ohne Unterbrechung anhaltende Zustand dieser erfreulichen, praktisch einer defektlosen Heilung gleichkommenden Remission besteht zur Zeit dieser Publikation fort. Das Körpergewicht, das schon im Juli auf 66 kg gestiegen war, betrug bei der Entlassung 68 kg.

Der Fall bedarf nicht langer epikritischer Bemerkungen. Die Diagnose steht wohl außer Zweifel; ein manisches Zustandsbild oder eine Amentia kommt nicht in Betracht. Daß gerade bei den paranoiden Formen der Dementia praecox halbwegs weitgehende Remissionen fast nie vorkommen, wurde schon eingangs erwähnt. Es sei hier u. a. auch auf die Erfahrungen bzw. Statistiken von Kräpelin (8), Mattauschek (9) u. a. verwiesen.

In symptomatischer Hinsicht bot der vorliegende Fall Besonderheiten durch vereinzelte Züge von Hyperthyreoidismus — wobei eine gewisse familiäre Belastung mit Störungen der endokrinen Drüsen nicht vergessen werden soll — und durch eine ganz ungewöhnliche Ausbildung einer sexuellen Färbung.

Von einer Dauerheilung sprechen zu wollen, bin ich selbstverständlich ebenso entfernt wie davon, die hier gewonnene Erfahrung zu generalisieren. Doch erscheint mir der Fall bemerkenswert genug, um zu Nachprüfungen bzw. zu weiteren Versuchen mit Epyphysenpräparaten in geeigneten Fällen anzuregen, d. h. in Fällen mit besonders auffallend sexueller Prägung.

Literatur.

1. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. VIII. Aufl., Bd. III, S. 969.
2. Bleuler, „Dementia praecox" in Aschaffenburgs Handbuch der Psych. Spez. Teil, 4. Abt., 1. Hälfte.
3. Pilcz, Lehrbuch d. spez. Psych. III. Aufl.
4. Middlemass, Journal of mental science 1899 S. 40: „On the treatment of insanity by Thyreoid."
5. Pilcz, Jahrb. f. Psych. 1901 S. 77: „Zur Frage des myxödematösen Irreseins und der Schilddrüsentherapie usw."
6. Hofstätter, Monatsschr. f. Geb. u. Gynäkologie 1917: „Über Versuche der therapeutischen Verwendung von Pinealextrakten."
7. — Jahrb. f. Psych. 1917 S. 179: „Ergebnisse und Aussichten der experimentellen Zirbelforschung."
8. Kraepelin, l. c.
9. Mattauschek, Jahrb. f. Psych. 1909 S. 69: „Beitrag zur Prognose der Dementia praecox."

Die neue Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten.

Von Direktor Dr. Berze, Reg.-Rat, Klosterneuburg, Niederösterreich.

(Leitsätze.)

Der III. Abschnitt der „Entmündigungsordnung" (Kaiserliche Verordnung vom 28. Juni 1916, RGBl. Nr. 207, über die Entmündigung), welcher das „gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten" enthält, und der V. Abschnitt dieses Gesetzes, welcher „gemeinsame Bestimmungen" für dieses Verfahren und für das Entmündigungsverfahren enthält, bedürfen einer Revision.

Diese Revision hätte davon auszugehen, daß die öffentlichen und die privaten „geschlossenen Anstalten" hinsichtlich der Kontrolle



der Aufnahme und Anhaltung im Hinblick auf den grundlegenden Unterschied in der Stellung der Ärzte der Anstalten der einen und der anderen Art, der darin besteht, daß die Ärzte der öffentlichen Anstalten als Personen des öffentlichen Dienstes anzusehen sind, die der Privatanstalten nicht, nicht nach prinzipiell gleichem System zu behandeln sind.

Für die Privatirrenanstalten ist nur die Forderung zu erheben, daß das Verfahren in dem Sinne der vollen Berücksichtigung der psychiatrischen Grundsätze, wie sie im Interesse der in den „geschlossenen" Anstalten jeder Art untergebrachten Kranken eingehalten werden müssen, aus- und umgestaltet werde.

Für die öffentlichen „geschlossenen" Anstalten aber ist die Festsetzung eines Verfahrens nötig, welches erstens nicht, wie das in der Entmündigungsordnung festgesetzte, nur den in Betracht kommenden juristischen Forderungen, sondern auch den psychiatrischen Forderungen der obgenannten Art voll Rechnung trägt, welches zweitens dem für das ganze Anstaltswesen höchst bedeutungsvollen Anspruche der Ärzte dieser Anstalten auf Vertrauen in ihr Pflichtbewußtsein und in ihr Verantwortlichkeitsgefühl als öffentliche Beamte, voll gerecht wird.

Da aber eine Revision des Gesetzes für die nächste Zeit nicht zu erwarten sein dürfte, ist als vorläufige Maßnahme zur Behebung bzw. Milderung der wesentlichsten Übelstände, die sich einerseits aus den Mängeln des in der „Entmündigungsordnung" festgesetzten „gerichtlichen Verfahrens bei Aufnahme in geschlossene Anstalten", anderseits aus einer nicht entsprechenden Durchführung dieses Verfahrens ergeben haben, sowie als Maßnahme zur Abstellung von Unzukömmlichkeiten, welche sich bei der Handhabung des eigentlichen Entmündigungsverfahrens gegenüber den Pfleglingen der öffentlichen geschlossenen Anstalten herausgestellt haben, eine weitere Durchführungsverordnung des Justizministeriums, etwa als Ergänzung des Erlasses des Justizministeriums vom 14. Juli 1916, VBl. Nr. 25, zur Einführung der Entmündigungsordnung, erforderlich, in welcher den Gerichten ungefähr folgendes nahezulegen wäre:

1. Jede Verzögerung des gerichtlichen Verfahrens bei Aufnahme in geschlossene Anstalten zu vermeiden; also
   a) die Untersuchung des Angehaltenen zu einem möglichst frühen Termine anzusetzen und durchzuführen (§ 18 Abs. 1),
   b) den Beschluß (§ 22) ehebaldigst, womöglich im unmittelbaren Anschlusse an die Untersuchung zu fassen,
   c) der Anstalt den Beschluß für jeden Fall, namentlich aber, wenn er auf Unzulässigkeit der Anhaltung lautet, unverzüglich zuzustellen (§ 65 Abs. 1).

2. Zu Sachverständigen nur solche Ärzte zu bestellen, die in zureichendem Maße über psychiatrische Bildung und Erfahrung verfügen (§ 18 Abs. 3) und, wo außer den Anstaltsärzten Ärzte, welche die Bedingung voll erfüllten, nicht zur Verfügung stehen, stets einen Anstaltsarzt als zweiten Sachverständigen beizuziehen.

3. Von der Bestimmung, nach der in zweifelhaften Fällen ein zweiter Sachverständiger beizuziehen ist (§ 19 Abs. 3), in allen zweifelhaften Fällen und insbesondere ausnahmslos in den Fällen, in denen der Richter die Unzulässigkeit der Anhaltung auszusprechen, oder, richtig gesagt, die Zulässigkeit der Anhaltung nicht auszusprechen beabsichtigt, Gebrauch zu machen.

4. Im Falle der Beiziehung eines Anstaltsarztes sein Gutachten als dem des ersten Sachverständigen gleichwertig anzusehen.

5. Darauf zu achten, daß bei der Verwendung der Krankengeschichten und der sonstigen Auskünfte der Anstalt über den Untersuchten mit entsprechender Vorsicht und Diskretion vorgegangen werde, und zwar:
   a) bei der Untersuchung,
   b) in Beschlüssen bzw. in Begründungen von Beschlüssen.

6. Die „Vernehmung durch den Richter" (§ 21) nicht in einer solchen Weise vorzunehmen, daß sie den Charakter einer Kontrolle und Kritik der Ärzte in ihrer Tätigkeit als Sachverständige oder den Charakter der aktiven Teilnahme an der ärztlichen Untersuchung selbst annimmt.

7. Bei der Fassung des Beschlusses im Anhaltungsverfahren zu beachten, daß nicht die Frage der Notwendigkeit, sondern nur die der Zulässigkeit der Anhaltung zu entscheiden ist (§ 22).

8. Von der Verpflichtung der Anstalten zur Evidenzhaltung der Anhaltungsfristen und zur Anzeige des Fristablaufes abzusehen.

9. In allen Fällen, in denen sich die jahrelange bzw. die dauernde Anhaltung eines vermögenslosen Geisteskranken in einer Anstalt als notwendig erweist, das Entmündigungsverfahren einzuleiten.

10. Die beschränkte Entmündigung in allen



Fällen, in denen die Voraussetzungen dafür gegeben sind, an die Stelle der vollen Entmündigung treten zu lassen, bzw.

a) von vorneherein die beschränkte Entmündigung (§ 1 Abs. 2) in allen entsprechenden Fällen in Anwendung zu bringen,

b) die Umwandlung der vollen Entmündigung in die beschränkte (§ 50 Abs. 2) in allen in Betracht kommenden Fällen durchzuführen.

11. Bei Alkoholikern, die im Sinne des § 22 als geistesgesund erklärt werden, immer auch die Entmündigung wegen Trunksucht (§ 2 Abs. 2) in Erwägung zu ziehen.

12. In den Fällen, in welchen die Entmündigung ohne neuerliche Vernehmung und Untersuchung beabsichtigt wird, ausnahmslos vorher das Zeugnis des Anstaltsleiters im Sinne des § 33 Abs. 2 einzuholen.

13. Die Bestimmungen der Entmündigungsordnung, welche die Wahrung der Interessen des zu Entmündigenden im Entmündigungsverfahren zum Gegenstande haben (§§ 29 bis 31), auch bei der Entmündigung der in Irrenanstalten angehaltenen Personen sinngemäß in Anwendung zu bringen.

14. Die Zustellung des Beschlusses, mit dem für die Anhaltung in einer Irrenanstalt entschieden wird, an den Kranken nur in den seltenen Fällen zu verfügen, in denen sicher angenommen werden kann, daß eine schädliche Einwirkung auf das Befinden des Kranken nicht zu befürchten ist (§ 65 Abs. 3), und dem Anstaltsleiter anheim zu stellen, die von Seite des Gerichtes verfügte Zustellung zu inhibieren, wenn er von ihr eine schädliche Einwirkung auf das Befinden des Kranken befürchtet.

15. Dem Leiter der Irrenanstalt, in welcher die betreffende Person untergebracht ist, sowohl den Beschluß, mit welchem über die Entmündigung, als auch den, mit welchem über die Aufhebung oder Umwandlung einer rechtswirksam gewordenen Entmündigung entschieden wird, regelmäßig und ehebaldigst zuzustellen, sowie die Bestellung eines Kurators resp. Beistandes in jedem Falle unverzüglich bekanntzugeben (§ 66).

16. Die Anstalt davon zu benachrichtigen, wenn das Gericht mit Rücksicht darauf, daß der Kranke bereits unter Kuratel steht, von der Einleitung des Anhaltungsverfahrens Abstand nimmt, und der Anstalt bei dieser Gelegenheit die Kuratelsdaten mitzuteilen.

17. Die an die Anstalt hinsichtlich Äußerungen, Anzeigen, Berichten und namentlich Abschriften von Krankengeschichten gerichteten Anforderungen auf das unbedingt nötige Maß zu beschränken.

18. Bei der ganzen Handhabung der Entmündigungsordnung alle vermeidbaren Eingriffe in die Wirkungssphäre der Anstaltsleitung zu unterlassen.

Ramón y Cajals Untersuchungen über Nervenregeneration und die heutige Lehre hierüber.

Von San.-Rat Dr. **Bresler.**

Die Frage: Wie regeneriert der Nerv? steht heute im Brennpunkt der Nervenlehre und ihres praktischen Erfordernisses. Wir verdanken L. Edinger und seinen Mitarbeitern die hochwichtige Entdeckung, daß in Hundeversuchen bei Füllung der zwischen die Stümpfe des durchtrennten Nerven geschalteten Röhre mit Eigenserum ein mehrere Zentimeter großer Zwischenraum glatt von den reichlichsten Fasern durchwachsen wird (D. m. W. 1917 Nr. 25). Man darf von der Anwendung dieses Verfahrens beim Menschen die besten Erfolge erhoffen.

Über die Art der Regeneration waren lange Zeit die Meinungen geteilt. Es existiert darüber eine ganze Literatur für sich. Es gab Anatomen, welche behaupteten, daß der Nerv vom peripheren Stumpf aus regenerieren könne. Ramón y Cajal (Studien über Nervenregeneration; mit 60 Abbildungen; 196 S.; Leipzig 1908, J. A. Barth) hatte seinerzeit diese Ansicht in ausführlichen Untersuchungen und unter ungemeiner Bereicherung unseres Wissens über diese Dinge mit neuen Tatsachen und Befunden bereits widerlegt. Edinger nun hat Ramón y Cajals Ergebnisse bestätigt; er hat in all den zahlreichen peripheren Stümpfen, die er von operierten Menschen und Tieren in den letzten zwei Jahren durchmusterte, neue Achsenzylinder nur dann festgestellt, wenn sie von dem zentralen Stumpf her einwachsen konnten („Hier hat Cajal absolut recht"); der neue Nerv entsteht dadurch, daß Fasern aus der zentralen Zelle auswachsen und sich durch die Elemente des periphe-



ren Stumpfes verlängern, vorausgesetzt daß ihnen letzterer das Fortpflanzungsmaterial bietet.

Außer bei Edinger wird auf die ungemein sorgfältigen Untersuchungen und die bündige, zwingende Beweisführung Cajals heute leider wenig Bezug genommen. In manchen neueren Arbeiten sind sie überhaupt nicht erwähnt, obgleich sie wohl den größten und sichersten Teil der Grundlage unserer Kenntnisse über diese Dinge darstellen.

Es fehlt im gegenwärtigen Augenblick an Raum und Zeit, Inhalt und Ergebnisse der Cajalschen Untersuchungen in dem Umfange hier wiederzugeben, den die Wichtigkeit der Sache erfordern würde, und es kann nur auf das Original verwiesen werden, dessen Übersetzung besorgt zu haben mir eine der genußreichsten wissenschaftlichen Erinnerungen ist. Es ist übrigens schon wegen der Abbildungen der mikroskopischen Präparate nötig, das Original selbst einzusehen.

Es mag nur kurz daran erinnert sein, daß nach Cajal Wachstum, Verzweigung und Orientierung der neuen Fasern sich richtet nach der attrahierenden Wirkung der chemotaktischen Substanzen, welche von den Schwannschen Zellen oder den Protoplasmasträngen des peripheren Endes geliefert werden, und daß der Protoplasmakolben (homolog dem embryonären Wachstumskolben), des freien Endes der Nervenfasern in dem distalen Stumpf „unfehlbar nach der Peripherie hin gerichtet ist“.

In dem Kapitel II „Die frühzeitigen Metamorphosen der Neurofibrillen bei der Regeneration und Degeneration der Nerven“, sind die feinsten histologischen Vorgänge am zentralen und peripheren Stumpf so minutiös dargestellt, als es mit den technischen Mitteln derzeit überhaupt herausgeholt werden kann. Ich verweise nur auf die „indirekte Regeneration“ bei leichter Quetschung der Markfasern (S. 147), auf die Regeneration der motorischen Endplatte und der kleinen peripheren Nerven, vor allem aber auf den Abschnitt über die traumatische Degeneration und Regeneration der Nervenfasern im Kleinhirn und Großhirn (Retraktionskugeln, Wachstumsknöpfe, Unterscheidung zwischen trophischer und traumatischer Degeneration usw.); es gelang Cajal, die Existenz von zweierlei Regenerationsvorgängen im zentralen Ende der Axone der Pyramidenzellen nachzuweisen (terminale und kollaterale).

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Fortsetzung.)

A. v. Sarbó (Neue Beitr. zur Kriegstaubstummheit; Wien. klin. Woch. 1916 Nr. 50) ist durch weitere Erfahrungen in der Annahme bestärkt worden, daß es sich bei Taubstummheit infolge Granatexplosion einerseits um Einkeilung der Medulla oblongata ins Foramen magnum (Kocher), andererseits um ein unter erhöhtem Druck stattfindendes Eindringen des Liquor cerebrospinalis in den vierten Ventrikel (Gussenbauer-Duretsche Kommotion) handelt, wodurch die Kerne des Akustikus und Vagus am meisten leiden (W. kl. W. 1915 Nr. 4 und 1916 Nr. 20, Med. Klin. 1916 Nr. 38); und zwar hat sich gezeigt, daß meist ein Symptomenkomplex entsteht, bei dem außerdem auch Glossopharyngeus und Hypoglossus, und selbst Trigeminus und Fazialis betroffen werden kann. Jakobs Tierversuche stimmen damit überein. Ferner der von Bonhöffer (Neurol. Zbl. 1916 S. 475) mitgeteilte Obduktionsbefund von einem Fall, wo infolge Luftdruckexplosion Bewußtlosigkeit auftrat, die nach 18stündiger Dauer tödlich endete: „ausgesprochene Hirnschwellung, an der das Kleinhirn stärker teilzunehmen schien, es war stark in das Foramen magnum eingepreßt.“ Mit Recht warnt daher Hauptmann (Artikel Hirndruck in Neue deutsche Chirurgie, I. S. 540) davor, von diesen nervösen Störungen nach Kommotion als von funktionellen zu sprechen. Ähnliche hierher gehörige Fälle sind beschrieben von Kiproff (W. k. W. 1916 Nr. 17), Wattof (ebenda), Fröschel (W. m. W. 1916 Nr. 17), Goldmann (Zerebrale Symptome nach Minenexplosion, Jahresberichte 1915 S. XXVI). Diese Symptome werden, wenn nicht rechtzeitig neurologisch untersucht, irrtümlich für funktionelle gehalten. v. Sarbó beschreibt zwei weitere von ihm beobachtete Fälle; in dem einem kam es zur partiellen Entartungsreaktion in der Zungenmuskulatur. In mehreren anderen Fällen beobachtete v. Sarbó Anästhesien der Gesichtshaut, der Gehörgänge und der Trommelfelle als Quintussymptome (ähnlich wie in einem Fall Goldmanns).



Symptome, die irrtümlich als hysterisch angesehen worden waren. Besonders bei allerleichtesten Fällen, bei denen die Taubstummheit in einigen Tagen von selbst schwindet, wird das jeweils angewandte Mittel als Beweis suggestiver Beeinflußbarkeit erachtet, und so auch bei einige Wochen alten Fällen, wo die Stimme durch den faradischen Strom oder andere schmerzerregende Mittel ausgelöst werden kann. Aber die Sprache, die sich bei solchen Patienten einstellt, ist nicht helle, normale Sprache des geheilten Hysterikers, sondern skandierend, stotternd, einzelne Silben werden explosiv hervorgebracht, oft mit nasalem Beiklang wegen Lähmung des weichen Gaumen, ganz wie bei der bulbärexplosiven Sprechart bei medullärer Erkrankung auf arteriosklerotischer Grundlage. Durch forcierte Heilversuche kann es zur Fixierung der krankhaften Sprechweise kommen. Nach v. Sarbó gibt es „eine ganze Reihe von Wunderheilungen, welche Taubstumme betreffen, die schon längst abgeheilt sind, aber als interessante Fälle von Hysterie verbucht, monatelang in diesem Zustand verharren, um dann der energischen Einwirkung einer Überrumpelungsmethode weichend, von dem Perseverieren ihrer Symptome abzulassen". Dieselbe Erfahrung machte er mit Zitternden, welche durch die falsche ärztliche Auffassung als traumatische Neurose oder Hysterie bezeichnet, zur Perseverierung ihrer Symptome verleitet werden und dann plötzlich zu heilen sind. Die durch Granatfernwirkungen entstandenen Fälle von Taubstummheit heilen in der Mehrzahl von selbst, wenn man sie als organisch Kranke in Ruhe läßt, nur in vereinzelten Fällen kommt es zu schweren konsekutiven Veränderungen.

Befund und Verlauf war in den beiden von v. Sarbó beobachteten Fällen kurz folgender:

I. Aufnahme am 4. Juli 1916. Am 11. Januar nach einem riesigen Explosionsknall bewußtlos. Bei der Aufnahme: Linke Pupille enger als die rechte; auf beiden Ohren Schwerhörigkeit, Sprache behindert, kann nur flüsternd einzelne Silben phonieren. Zunge vollkommen unbeweglich; linker Arm schwächer, linkes Bein in Hypertonie. Kann aktiv bis auf leichte Fingerbewegungen überhaupt nicht bewegt werden. Linker Kniereflex schwächer als rechter. Am linken Unterschenkel an der Außenseite Anästhesie bis zum äußeren Knöchel. Die Schwerhörigkeit bessert sich von Tag zu Tag.

Behufs suggestiver Behandlung Faradisierung des Nervus ulnaris (nach Jendrassik). Effekt: statt der bisherigen Flüstersprache wurde eine laute, aber zitternde, explosive Sprachweise erzielt; die gegen dieselbe angewendete Elektrisierung konnte keine Änderung mehr hervorrufen. Die Parese der linken Unterextremität wurde auch einer suggestiv elektrischen Behandlung unterworfen, die Anästhesie hörte auf, aber statt der spastischen Schwäche trat ein Zittern der Unterextremität auf. Sprechweise: Beim lauten Phonieren hebt sich der weiche Gaumen in sakkadierter Form, die einzelnen Laute werden stoßweise, explosiv hervorgebracht, dazwischen werden auch Laute flüsternd ausgestoßen. Sprache ist näselnd. Als neues Symptom zeigte sich, daß bei jedem Sprechversuch sich klonischer Krampf in Platysma und Unterkiefermuskulatur einstellt. Sprache oft durch tiefe Einatmungen unterbrochen.

Er beruhigte sich immer mehr und mehr. Ende April war die Sprache fließend, nur bei Aufregungen noch stockend. Im Mai fiel auf, daß Pat. imstande ist, seine Zunge um die Längsachse derartig nach rechts umzulegen, daß die untere Seite nach oben kommt. Nach der anderen Seite ist dies nicht möglich. Er gab an, daß beim Sprechen die Zunge ihm in der Weise behinderlich war, daß sie sich immer nach rechts abbog und er, diese Zungenlage forcierend, dazu kam, die Zunge ganz umzulegen. Die linksseitigen Zungenmuskeln waren paretisch, und so bildete sich ein Übergewicht der langen rechten Zungenmuskeln aus. Außerdem bestand auf derselben Seite Lähmung des weichen Gaumens, dementsprechend nasaler Beiklang der Sprache; linker Gaumenbogen flacher, beim Phonieren nach rechts verzogen.

Die elektrische Untersuchung (am 23. Mai 1916): ganz deutliche Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit im linken Musculus longitudinalis; rechts blitzartige Zuckung, links deutlich träge. Oktober 1916 war die galvanische Erregbarkeit wieder fast normal.

II. Februar 1916 Granatfernwirkung zweimal an einem Tag, er soll eine Nacht hindurch ganz verschüttet gewesen sein; soll aus den Ohren, aus der Nase geblutet haben.

Status am 12. Februar 1916: Kopf ist nach links rotiert und etwas nach links geneigt. Pupillen etwas weiter, Reaktionen prompt. Augen nach rechts gewendet, willkürliche Bewegung nach der anderen Seite nur bis zur Mittellinie möglich.

Pat. hört schwer. Die Zunge wird gerade vorgestreckt, doch besteht Tendenz nach rechts hin. Sprache stotternd. Mimische Muskulatur und Platysma zeigen tikartige Zuckungen. Athetoseähnliche Zuckungen der linken Hand, rechts schwächer. Patellarreflexe sehr lebhaft; beiderseits sehr starker Fußklonus. Babinski links angedeutet, rechts



nicht vorhanden. Rechter Mundwinkel etwas tieferstehend. Ophthalmoskopisch kein pathologischer Befund, vielleicht eine leichte Hyperämie des Fundus.

Pat. wurde von jedem, der ihn sah, für einen typischen Hysteriker angesehen; von anderen wurde Vermengung organischer Symptome mit hysterischen angenommen.

Nach Monaten entpuppte sich ganz deutlich der Symptomenkomplex der bulbären Erkrankung.

Die Taubheit besteht fort; er kann nur mit Mühe und Anstrengung einen hauchenden, ab und zu tönenden Laut hervorbringen; der linke Masseter atrophisch und gelähmt; beim Öffnen des Mundes weicht der Unterkiefer nach rechts ab. Totale Anästhesie, Analgesie an den rechtsseitigen Extremitäten, am Stamm beiderseits der Mittellinie ein Streifen von Hyperästhesie; Skrotum, Penis ausgespart. Anästhesie der linken Kornea. Bulbi bewegen sich nach links nur bis zur Mittellinie.

R. Allers' (Über Schädelschüsse, Probleme der Klinik und der Fürsorge. Mit 4 Textabbildungen. 227 Seiten. Berlin 1916, J. Springer) Beobachtungen stützen sich auf etwa 330 Schädelverletzte, davon werden über 220 näher besprochen. Das Buch ist dem Professor Dr. Otto Zuckerkandl in Wien gewidmet, der die meisten der bei diesen Fällen vorgekommenen Operationen ausgeführt hat; fast alle übrigen hat Allers selbst gemacht. Es sei hier nur kurz auf seine Erfahrungen über psychische Störungen bei Kopfschüssen eingegangen (S. 148). Er bemerkt, daß er auffallenderweise nur einmal einer schweren Kommotionspsychose begegnet sei (initiale Bewußtlosigkeit mit folgender schwerer Bewußtseinstrübung, mit vorübergehender deliranter Phase und mit Verworrenheit, einem Korsakoffschen Syndrom). In einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Kopfschüssen, selbst unter den schwersten, kann ein Bewußtseinsverlust ausbleiben. Die retrograde Amnesie spielt eine verschwindend unbedeutende Rolle. Es müssen also auch die abortiven Fälle von Kommotionspsychose, deren Merkmal die retrograde Amnesie ist, sehr selten sein. Dies im Gegensatz zu den Erfahrungen bei anderen Schädeltraumen (bes. Frakturen), wo Allers klassische Zustandsbilder der Kommotionspsychose sehen konnte.

Allers beschreibt nun die Symptomatologie der schwer Hirnverletzten (S. 155): Erschwerung der Auffassung, nicht wesentlich an eine Bewußtseinstrübung oder an persönliche, räumliche oder zeitliche Unorientiertheit geknüpft, auch nicht notwendig mit Herabsetzung der Aufmerksamkeit. „Man kann es häufig den Kranken ansehen, wie sie mit einer gewissen Unsicherheit und Ratlosigkeit den an sie gestellten Anforderungen gegenüberstehen." Ferner Verlangsamung der sprachlichen und motorischen Reaktionen, als Folge der Verlangsamung im Ablauf der psychischen Prozesse überhaupt, nicht einer Hemmung im Sinn einer Depression. Oft ist auch die Artikulation, anscheinend infolge der muskulären Insuffizienz, mangelhaft. Die Endsilben verschwinden in undeutlichem Gemurmel, die letzten Worte der Sätze werden immer undeutlicher, die Stimme sinkt, wie bei sehr müden, schlafbedürftigen Menschen. Ähnlich die Bewegungen, sie verraten Mangel an Elastizität, ohne daß Hypotonie der Muskeln vorläge. „Der Händedruck ist, wenn auf wiederholtes Zureden der Kranke wirklich kräftig zudrückt, ganz normal; befiehlt man nun dem Pateienten wieder loszulassen, so öffnet er nicht, wie Gesunde es tun, weit die Hand, um sie von der umschlossenen Hand des Arztes zu entfernen, sondern die Finger weichen allmählich und langsam auseinander, als wohnte ihnen keinerlei Elastizität inne und als ob sie aus einer zähen, teigigen Masse bestünden" (S. 156). Kein intellektueller Defekt, dagegen außerordentliche Ermüdbarkeit. Apathie, Interesselosigkeit, Wunschlosigkeit, Mangel differenzierter affektiver Reaktionen, höchstens Depression, Morosität, Traurigkeit, keine Weinerlichkeit, keine Ängstlichkeit. Fehlen von Krankheitseinsicht, -gefühl und -äußerung trotz leidenden Gesichtsausdrucks und obgleich die Kranken ein Bewußtsein ihres Zustandes haben müssen. Sinnestäuschungen, Wahnideen, Verwirrtheitszustände, Merk- und Gedächtnisschwäche fehlen.

Dieser Zustand kann unter Umständen recht frühzeitig entstehen. Er wurde auch in Fällen, bei denen die Operation ziemlich spät stattfand, noch beobachtet, kann also sehr lange bestehen. Durch letztere wurde fast bei allen Fällen ein durchgreifender, geradezu in die Augen springender Umschwung erzielt. In einem solcher Fälle (S. 42) handelte es sich um Schrapnellschuß mit nachfolgender Bewußtlosigkeit, dann Apathie, Müdigkeit, langsame Sprache, erschwerte Auffassung. Lappenwunde der rechten Scheitelgegend. Trepanation. Extradurales Hämatom mit Splittern der Lamina vitrea, Splitter im Hirn.

Bei diesen Störungen braucht das Gehirn nicht direkt betroffen zu sein oder nur sehr geringfügig. Auch läßt sich ein Zusammenhang zwischen anatomischem Sitz der Verletzung und psychischer Störung nachweisen. Die typischen Symptome der

Kommotionspsychose fehlen, wenn auch das von Allers geschilderte apathische Syndrom aus der Kommotion entstehen kann. Gegen einen Zusammenhang zwischen Kommotionspsychose und apathischem Syndrom spricht der entscheidende Einfluß des operativen Eingriffs.

Allers' Syndrom stimmt, wie er ausführt, im wesentlichen mit dem von E. Redlich (Psychosen bei Gehirnerkrankungen — Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, 1912) bei Hirntumoren beschriebenen Symptomenkomplex überein, nur daß hierbei die Trübung des Sensoriums den anderen Symptomen vorangeht und sie zu bedingen scheint. Jedoch wurde in den Fällen Allers' gesteigerter Hirndruck vermißt.

Von den Beobachtungen über Hirnabszeß ist eine bemerkenswert: Nachdem aus einem kleinen Hirnprolaps ein Knochensplitter entfernt worden war, um den sich ein kleiner Hirnabszeß gebildet hatte, die Wunden verheilt, der Kranke fieberfrei geblieben war, so daß er sich ganz wohl fühlte, trat plötzlich ohne Vorboten, außer gewisser Apathie, Stille und Appetitlosigkeit der Tod ein. An der Operationswunde bestanden keinerlei pathologische Veränderungen mehr; an der Ausschußwunde nur ein kleiner, wohlabgegrenzter Hirnabszeß; dagegen unter der Dura ein gewaltiger, mit Eiter erfüllter, das Stirnhirn verdrängender Abszeß, der keine Kommunikation mit den Schußwunden oder dem Schußkanal hatte; jedoch führte eine Fissur des Schädeldachs vom Ausschuß zu der Gegend dieser Eiteransammlung.

Bei suppurativer Meningitis kam wiederholt rhythmisches Wiederholen derselben Worte oder Satzfolge, rhythmisches Klopfen oder In-die-Hände-schlagen vor (so auch Mercklin bei Redlich, l. c. S. 391), doch Perseveration und Echolalie auch bei Hirnabszeß. Eine Beobachtung lehrte, daß Delirien ganz unabhängig von Läsionen der Hemisphären oder Beteiligung der Meningen vorkommen können (es handelte sich um Verletzung der Schädelbasis ohne Rindenläsion mit Schädigung der Pedunkuli cerebri.

Allers beschreibt in diesem Kapitel noch Intelligenzausfall mit läppischer Euphorie bei zwei Fällen von Stirnhirnverletzung, und das Zustandsbild in vier Fällen von „verflüssigender Enzephalitis" (S. 166), den „euphorischen Symptomenkomplex": Ziemlich plötzliches Einsetzen von Depression; im körperlichen Zustande kann zunächst keine Änderung gefunden werden, abgesehen von Zunahme des Hirnprolapses oder von Verminderung der Pulsation, Schwankungen im Verhalten des Gehirns, die jedoch auch ohne korrespondierende Änderungen im psychischen oder im Allgemeinbefinden vorkommen. Weinerlichkeit, ängstliche Befürchtungen, schweres Krankheitsgefühl, Apathie, manchmal Schlafsucht. Appetitlosigkeit. Nach wenigen Tagen unvermittelter Übergang in höchste, dabei unproduktive Euphorie unter zusehends und schnell zunehmender Verschlimmerung des körperlichen Zustands, Temperaturanstieg und massenhaften Prolabieren und Zerfallen des Gehirns; auffallend war in allen Fällen ungeheuerliche Polyphagie. Motorische Unruhe fehlte. Bald schneller, bald langsamer geht die Euphorie unter zunehmender Schlafsucht in das terminale Koma über. Keine Größenideen.

Hinsichtlich der Indikation zur Operation begründet Allers den Standpunkt, daß nicht erst und nicht nur das Auftreten von Hirndruck oder beginnender Infektion die Indikation abgibt, sondern die leichten und anscheinend geringfügigen nervösen und psychischen Störungen, die er im einzelnen schildert. Allerdings ist exakte neurologische Analyse nötig. Es muß stets dort operiert werden, wo der chirurgisch-lokale und der neurologisch-psychiatrische allgemeine Befund uns schwere Veränderung annehmen läßt, d. h. beim Durchschuß auf jeden Fall.

Schädelschüsse sollen zwar möglichst früh, aber nur dort operiert werden, wo sie sachgemäß untersucht und operiert werden und wo sie mindestens vier, gegebenenfalls aber auch acht oder zehn Wochen bleiben können.

Durch die Gründung der Indikation auf die chirurgische und neurologische Untersuchung wird die Orientierung unseres Handelns nach den verschiedenen Arten der Schußverletzungen (Durchschuß, Tangentialschuß usw.) hinfällig.

Psychogene oder hysterische Störungen hat Allers in seinen Fällen von Schädelschuß nur in verschwindend kleiner Zahl gesehen.

Bei eitriger Leptomeningitis wurden gerade die charakteristischen Symptome zumeist vermißt: Nackenstarre, Kopfschmerzen, Kernigsches Symptom; die Pleozytose der Zerebrospinalflüssigkeit kann fehlen. Bei der metastatischen Meningitis beschreibt Allers an zwei Fällen ein Krankheitsbild, das besonders charakterisiert ist „durch die langsamen, in ihrem Gesamtausdruck an die ‚attitudes passionelles' der Hysterischen gemahnenden, teils der Chorea durch ihre Exkursionen, teils der Athetose in der wurmartigen Langsamkeit nahestehenden Bewegungen". Nacken-



steifigkeit und Kopfschmerzen fehlten in beiden Fällen.

Hinsichtlich der Lokalisation hat sich kaum Neues ergeben, außer daß eine der Adiadochokinese täuschend ähnliche Koordinationsstörung — anscheinend jedoch auf Störung des Lagegefühls beruhend — bei Verletzung der Regio postcentralis vorkommen kann.

Differenzen der Bauchdeckenreflexe zu ungunsten der der betroffenen Hemisphäre entgegengesetzten Körperhälfte kommen bei Verletzungen beliebiger Gehirnteile vor. „Sie sind einer der feinsten Indikatoren für intrakranielle Zustandsänderungen" (S. 210); ebenso können Kleinhirnsymptome, obwohl überwiegend als Herdläsionen bei Hinterhauptschüssen beobachtet, bei irgendwelchen Veränderungen im Hirn auftreten und irrtümlich als Anlaß zu Operation genommen werden.

Hinsichtlich der Bedeutung für den Nachweis intrakranieller Veränderung ordnet Allers die nervösen Symptome wie folgt: am verläßlichsten: die Bauchdeckenreflexe (besonders bei Schädigung der motorischen Region, aber auch bei allgemeinen Schädigungen des Zentralnervensystems; in einem Falle wurde Differenz derselben durch den bloßen Druck des Tampons in der Operationswunde hervorgerufen, S. 116), Kleinhirnsymptome (Adiadochokinese, Baranyscher Versuch, Ataxie, Gangstörung, Nystagmus), dann Lagegefühlsstörungen, leichte Halbseitenerscheinungen, unter Umständen auch bloße Spannungsdifferenzen; unsicherer: Differenzen in der motorischen Kraft, wenn sie nicht sehr auffallend sind; am unsichersten: die Fazialisdifferenz, besonders die auf den Mundfazialis beschränkte (S. 211).

Von therapeutischen Einzelheiten sei erwähnt: man kann ohne Sorge auch die bloßliegende Hirnoberfläche mit Jodtinktur bepinseln; das Jod wird vermutlich von den Hirnlipoiden gebunden (S. 198). Gegen die Kopfschmerzen der Hirnschüsse und Meningitiden wirken am besten — die üblichen antineuralgischen Mittel helfen wenig — vielleicht noch größere Dosen Pyramidon (S. 199). Jedem Kopfverletzten, auch wenn Hirnläsion noch nicht mit Sicherheit festgestellt ist, gibt Allers täglich 1,5 bis 3 g Urotropin in Dosen zu 0,5 g solange, bis vollkommene Wundheilung eingetreten ist.

Einen Fall von Kontrekoup bei sicher festgestelltem Schädelschuß hat Allers unter seinen Fällen nicht beobachtet.

Kehr (Psychologische Untersuchungen bei Kopfschußverletzten mit Berücksichtiguig der Granatexplosionen; Arch. f. Psych. Bd. 57 H. 1) fand bei den Kranken einen auffallenden Anstieg der Reaktionszeitkurven, eine große mittlere Schwankungsbreite, innerhalb deren die Reaktionszeiten sich bewegen, und eine große Unregelmäßigkeit dieser Schwankung von Versuch zu Versuch. Bei Gehirnverletzten dagegen sind die Ermüdungserscheinungen geringer, aber die Schwankung in der gegenseitigen Abweichung der Reaktionsdauer groß und unregelmäßig. Kehr erhofft von der Ausbildung dieser Versuche die Möglichkeit der Unterscheidung zwischen psychogenen und organischen Störungen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Professor Reichardt, Nürnberg, Psychiatrische Klinik, bittet um Mitteilung von Fällen, welche in das Gebiet der **Hirnschwellung**, des Pseudotumor cerebri, der Meningitis serosa und nichteitrigen Enzephalitis, sowie verwandter mit Hirndruck einhergehender Zustände gehören und welche speziell bei Hirnverletzten oder Hirngeschädigten aller Art, dann aber überhaupt bei Kriegsteilnehmern beobachtet worden sind. Da eine Messung des Schädelinnenraumes an der Leiche meist nicht vorgenommen worden sein wird, sind vor allem die klinischen Erscheinungen von Bedeutung: Lebensalter; Gesundheitszustand vor der Hirnerkrankung; Veranlassung des Hirnschwellungsvorganges (Verwundung, speziell Hirnverwundung? Hirnerschütterung? Hirnkontusion? Infektion? reflektorischer Chok vom Vagus- oder Splanchnikusgebiet? psychische Chokwirkung? Fehlen einer erkennbaren äußeren Ursache, Auftreten nach Art epileptischer oder katatonischer Zustände?); Art des Auftretens und des Verlaufes des Hirnschwellungsvorganges (akut? subakut? chronisch?); Art der Symptome (hirndruckähnliche Erscheinungen? epileptiforme Anfälle? psychische und vegetative Störungen?); Art des Todes und Symptome beim Todeseintritt (rascher Tod? rudimentärer oder ausgebildeter epileptiformer Anfall? Kona mit Hirndruckerscheinungen? Zynanose und Dyspnoe?); Leichenbefund (Zeichen des akuten Hirndruckes? Vermehrung oder Verminderung der Hirnflüssigkeit?). Auch um Zusendung entsprechender Sonderabdrücke wird gebeten.

Referate.

— **Plötzlicher Tod durch Magenüberfüllung.** Von Kürbitz. Ärztliche Sachverständigenzeitung 1916 Nr. 21.



Verf. hat in der Kgl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein zwei Fälle beobachtet, die ziemlich gleichartig verliefen. Es handelte sich um Geisteskranke, die in jugendlichem Alter an Dementia praecox erkrankt waren, schon jahrzehntelang in Anstalten vegetierten, ihre Arbeit rein mechanisch, instinktmäßig verrichteten und die Eigenart hatten, alle vorgesetzten Speisen gierig und hastig, ohne zu kauen, herunterzuschlingen. Sie starben eines plötzlichen Todes, dessen Ursache, wie die jedesmalige Obduktion ergab, in der Überfüllung des Magens zu suchen war. Sie waren auch in gewisser Hinsicht ein Opfer des Krieges insofern, als jetzt mehr schwer verdauliche und blähende Speisen genossen werden; hinzu kamen allerdings abgenutzte, kranke Organe, insbesondere war in beiden Fällen das Herz nicht mehr intakt. Wern. H. Becker-Herborn.

Therapeutisches.

— **Larosan und Säuglingsfürsorgestellen.** Von Stadtarzt Dr. Oschmann, Weißenfels. Zeitschr. f. Säuglingsschutz 1916 Heft 4 S. 214 bis 226.

Larosan hat besonders für die poliklinische Verordnung seine Vorzüge, da die Larosanmilch in jedem Haushalt hergestellt werden kann.

„Es werden lediglich 20 g Larosan (Kasein-Kalzium mit einem CaO-Gehalt von 2,5 v. H.) mit dem dritten Teil eines halben Liters frischer Milch verrührt, dann gibt man die übrigen zwei Drittel hinzu und kocht das ganze einige Minuten auf. Die Larosanmilchlösung ist also eine vierprozentige, die ganze Lösung ist zweiprozentig, da das halbe Liter Milch meist noch mit einem halben Liter Wasser verdünnt und trinkfertig gemacht wird."

„Während die Verordnungsweise der Larosanmilch hinsichtlich der Verdünnung jetzt dahin im allgemeinen festgelegt ist, daß bei noch leidlich kräftigen Kindern ein halbes Liter Milch und 2 v. H. Larosan, bei sehr schwachen atrophischen oder besonders jungen Säuglingen zunächst nur ein Drittel Milch und 2 v. H. Larosan gegeben wird, und man jetzt weiß, daß die antidyspeptische Wirkung des Larosans am sichersten erzielt wird, wenn man als Verdünnungsflüssigkeit nicht Haferschleim, sondern Wasser nimmt, scheint mir die Frage, ob zur Erhöhung der Kalorien Zucker zugesetzt werden soll, noch nicht ganz geklärt zu sein."

Autor empfiehlt den Säuglingsfürsorgestellen die Anwendung der Larosanmilch.

Personalnachrichten.

— **Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.** Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat wurde verliehen dem Direktor Prof. Dr. Konrad Alt.

— Der **Charakter als Sanitätsrat** wurde verliehen an: Dr. Paul Albrecht, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Neuhof bei Uckermünde, Dr. Hans Ehrcke, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Nietleben, Dr. Im. Hoffmann, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Pfafferode, Dr. Jos. Hoppe, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Uchtspringe, Dr. Hans Lange, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Jerichow, Dr. Arthur Siebert, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen, Dr. Wilh. Weidenmüller, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Jerichow und Dr. Willibald Zappe, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Schleswig.

— **Neustadt** i. Holstein. Oberarzt Dr. Walther ist am 19. Januar auf den westlichen Kriegsschauplatz einberufen und hat den seit Ausbruch des Krieges im Feld befindlichen Oberarzt D. Metz bei seinem Truppenteil abgelöst.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.





Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 49/50. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.





Compretten

Bromum compositum

Kalium bromat., Natrium bromat. āā 0,5, Ammon. bromat. 0,25

Glas zu 25 Stück M 1,—
„ „ 50 „ „ 1,60
„ „ 100 „ „ 2,—

Compretten Kalium bromatum (0,5 u. 1,0), **Natrium bromatum** (0,5 u. 1,0), **Camphora monobromata** (0,2), **Bromum composit. effervesc.** (Kal. bromat., Natr. bromat. āā 0,4, Ammon. bromat. 0,2 Sal. effervesc. q. s.), **Mixtura nervina** (Kal. bromat., Natr. bromat. āā 0,4, Ammon. bromat. 0,2, Ammon. val. 0,50, Ol. Menth. pip. q. s.)

Ueber „MBK"-Präparate

steht ausführliche Broschüre mit Angabe der Anwendungen, Dosierungen und Preise zur Verfügung. Die Präparate sind als bequeme und billige Arzneiverordnungen auch bei einer grösseren Anzahl Krankenkassenverbänden zugelassen

E. MERCK, DARMSTADT
C. F. BOEHRINGER & SOEHNE, MANNHEIM-WALDHOF
KNOLL & CO., LUDWIGSHAFEN a. Rh.

Fruchtsäfte, Limonadensirupe,





empfiehlt in anerkannt erstklassiger Qualität

S. Löwengardt, Heilbronn a. N.

Fruchtsaftpresserei, Limonaden-Essenzen-Fabrik mit Dampf- u. elektrischem Betrieb

Rufnummer 373 — Drahtanschrift: Löwengardt Heilbronnneckar.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 49/50. 2. März **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Beobachtungen über die Anstaltsruhr.

Von Obermedizinalrat Dr. **Dehio**, Kgl. sächsische Landesanstalt Zschadraß.

Seitdem Kruse durch seinen Vortrag auf der Versammlung der Irrenärzte der Rheinprovinz im November 1900 und Weber durch die gleichzeitige eingehende Schilderung einer derartigen Epidemie auf dem Sonnenstein von neuem die Aufmerksamkeit auf die schon Virchow bekannte, in vielen Irrenanstalten heimische Anstaltsruhr gelenkt haben, haben sich hauptsächlich die Bakteriologen mit ihr beschäftigt. Kruse hat später auf Grund weiterer bakteriologischer Untersuchungen die Krankheit als Pseudodysenterie bezeichnet, wodurch er sie in einen Gegensatz zur echten Ruhr stellte. Über die weitere Entwicklung der Lehre von der Pseudodysenterie verweise ich auf die diesbezüglichen bakteriologischen Arbeiten, insbesondere auf die Veröffentlichungen von Kruse. In dem obenerwähnten Vortrag hat Kruse auch auf epidemiologische und klinische Abweichungen gegenüber dem Bilde der echten Ruhr aufmerksam gemacht, auf die schon Virchow hingewiesen hatte. Sie tritt nach ihm ohne Rücksicht auf die Jahreszeit hauptsächlich bei unsauberen, siechen, insbesondere paralytischen Kranken auf, pflegt in der Umgebung der betroffenen Anstalten nicht vorzukommen, sie verläuft leichter, der Stuhl weist weniger Blutbeimengungen auf und Stuhlzwang fehlt oft. Er konnte eine ganze Anzahl Anstalten aufführen, in denen diese Erkrankung einheimisch war, in einzelnen schon seit Jahrzehnten. Seiner Schilderung entspricht bis in alle Einzelheiten das von Weber gezeichnete klinische Krankheitsbild. Da die epidemiologische und klinische Seite dieser Krankheit in den späteren Veröffentlichungen gegenüber der bakteriologischen wenig berücksichtigt worden ist, so dürfte eine Schilderung der seit einigen Jahren in der hiesigen Anstalt herrschenden Epidemie angebracht sein, zumal jetzt, wo die ansteckenden Krankheiten von besonderer Bedeutung sind.

Die Landesanstalt Zschadraß ist seit ihrer Eröffnung im Jahre 1894 bis zum Winter 1913/14 von der Ruhr verschont geblieben. In diesem Winter wurden mit der Belegung mehrerer neuer größerer Krankenhäuser eine Anzahl Verpflegter aus anderen Landesanstalten übernommen, auch vom Sonnenstein, der bis 1902 unter der Anstaltsruhr zu leiden hatte. Die ersten Krankheitsfälle traten gleich in größerer Anzahl auf der Männerabteilung auf, dann griff die Krankheit auf die Frauenabteilung über und ist seitdem wesentlich auf dieser heimisch geblieben. Auch die Nachbaranstalt Colditz, die im Dezember 1914 24 männliche Kranke von hier übernommen hatte, mußte im Herbst 1915 eine heftige Ruhrepidemie über sich ergehen lassen; freilich sind in Colditz schon früher Ruhrfälle vorgekommen, doch war die Anstalt in den letzten Jahren verschont geblieben. Die Einschleppung aus einer Anstalt in die andere anzunehmen liegt daher sehr nahe.

Den Zug der Krankheit durch die Anstalt und die Verteilung der Krankheitsfälle auf die einzelnen Häuser wiederzugeben, würde hier zu weit führen, zumal bei den äußerst mannigfaltigen und wechselnden Beziehungen der einzelnen Krankenhäuser zueinander die verschiedensten Wege der Übertragung denkbar sind. Verschont geblieben ist kein Haus. Viel bedeutungsvoller erscheint der zeitliche Gang der Epidemie, der in der Ta-



belle I für die Männer- und die Frauenabteilung gesondert wiedergegeben wird. Deutlich tritt nach den ersten durch längere Zwischenräume getrennten gruppenweisen Erkrankungen vom Herbst 1915 ab eine langsame Zunahme auf bis zu dem mächtigen Aufflammen der Epidemie im Januar 1917, zu welcher Zeit sie auch wieder auf die Männerabteilung übergreift, die bis dahin vom ersten Auf-

Tabelle I.

Verteilung der Erkrankungen und Todesfälle an Ruhr auf der Männer- und Frauenabteilung in Zschadraß nach Monaten (die eingeklammerten Zahlen bezeichnen die Erkrankungen des Personals).

Durchschnitts-Bestände

1913: Männerabteilung 298,5. Frauenabteilung 312.
1914: Männerabteilung 374,3. Frauenabteilung 443.
1915: Männerabteilung 424,5. Frauenabteilung 530,6.
1916: Männerabteilung 424,9. Frauenabteilung 542,9.
1917: Männerabteilung 393,6. Frauenabteilung 589,3.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
1913												
Männerabteilung:												
Erkrankungen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	14
Todesfälle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Frauenabteilung:												
Erkrankungen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Todesfälle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1914												
Männerabteilung:												
Erkrankungen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Todesfälle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Frauenabteilung:												
Erkrankungen	11	—	—	—	—	3	12	10	—	—	—	—
Todesfälle	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
1915												
Männerabteilung:												
Erkrankungen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Todesfälle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Frauenabteilung:												
Erkrankungen	2	—	—	—	—	3	7	7	3	5(1)	1	3
Todesfälle	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—
1916												
Männerabteilung:												
Erkrankungen	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Todesfälle	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Frauenabteilung:												
Erkrankungen	1	—	1	—	5	3	12	17	5(1)	3	6	4
Todesfälle	2	—	1	—	—	5	—	3	—	—	—	2
1917												
Männerabteilung:												
Erkrankungen	—	4	6	9(1)	10	7	19	—	1	2	—	—
Todesfälle	—	1	3	3	8	6	10	3	—	1	—	—
Frauenabteilung:												
Erkrankungen	44(1)	17(1)	7	9	18	11	24(1)	14(3)	7(1)	3	2	2
Todesfälle	9	7	3	3	—	1	4	3	9	9	2	1



treten ab auffallenderweise verschont geblieben war, trotzdem weitgehende Beschäftigung weiblichen Pflegepersonals auf der Männerabteilung Gelegenheit genug zur Übertragung geboten hätte. Im Gegensatz zu der Behauptung Kruses, daß die Krankheit nicht an bestimmte Jahreszeiten gebunden sei, erscheinen doch die Monate der zweiten Hälfte des Sommers, aber auch die Wintermonate besonders bevorzugt. Es liegt sehr nahe, im Sommer als begünstigende Ursache den Genuß von unreifem Obst zu beschuldigen, zu dem die frei umhergehenden Kranken in den Anstaltsgärten reichlich Gelegenheit hatten.

In dieser Jahreszeit ist aber ohnehin die Neigung zu Darmerkrankungen aller Art besonders groß, und auf der Männerabteilung, deren Insassen vielleicht noch mehr Gelegenheit zum Obstgenuß hatten als die Frauen, sind zu der gleichen Zeit keine Ruhrfälle beobachtet worden, so daß doch wohl andere Beziehungen bestehen müssen. Das Übergreifen auf die Männerabteilung erfolgte über ein Haus mit ausschließlich weiblicher Pflege, so daß hierbei ein Hinüberwandern der Krankheitserreger von der Frauenabteilung wohl angenommen werden darf. Im allgemeinen wird aber doch die Annahme richtig sein, daß die Krankheitserreger in irgendeiner Weise, sei es in Dauerausscheidern, sei es durch fortlaufende Übertragung von Mensch zu Mensch, ohne auffällige Krankheitserscheinungen hervorzurufen auf den Abteilungen dauernd vorhanden waren und bei passender Gelegenheit erneute Ruhrerkrankungen verursachten.

Dafür, daß neben der Aufnahme der Krankheitserreger eine besondere Veranlagung, eine Krankheitsbereitschaft vorhanden sein muß, um an der Ruhr zu erkranken, sprechen die ganz auffällig geringen Erkrankungszahlen beim Pflegepersonal, die noch dadurch geringer werden, daß Wiedererkrankungen auch gezählt worden sind. Unzweifelhaft hat das Pflegepersonal überreiche Gelegenheit, die Ansteckungskeime aufzunehmen. Trotzdem sind nur wenige Erkrankungen vorgekommen, ganz im Gegensatz zum Typhus, der bekanntlich in besonders hohem Grade das Pflegepersonal gefährdet. Es ist auch durch Umfrage kein Fall von Verschleppung der Ruhr in die Nachbarschaft der Anstalt festgestellt worden, trotzdem die große Verbreitung der Krankheit in der Anstalt bei dem regen Verkehr mit der Umgebung und der umfangreichen Familienpflege die Möglichkeit einer Verschleppung sehr nahe legt. Dieselbe Beobachtung, daß das Pflegepersonal nur selten erkrankte, ist auch in vielen anderen Anstalten gemacht worden, doch sind mir bei Erwähnung sehr ausgebreiteter Epidemien auch Ausnahmen aufgestoßen. Dabei waren diese Erkrankungen auffallend leicht und heilten sehr schnell. Ähnliche Verhältnisse läßt die Verbreitung der Ruhr unter den Verpflegten erkennen. Die Kranken in den offenen Häusern, die in ihrer ganzen Lebensweise der gesunden Anstaltsbevölkerung nahe stehen, erkrankten nur spärlich und dann leicht, ebenso die rüstigen, arbeitenden Insassen geschlossener Häuser. Dagegen waren die Siechen, die durch langdauernde Unruhe Abgekommenen, die Unsauberen und Bettlägerigen, auch die langdauernd Abgesonderten besonders gefährdet. Wiederholt konnte beobachtet werden, daß die Ruhr beim Übergreifen auf ein bisher freigebliebenes Haus zuerst diese Kranken auswählte, trotzdem gerade für derartige Kranke anzunehmen ist, daß die Übertragung der Krankheitserreger erst recht spät an sie herankommen kann. Umgekehrt sehen wir es doch bei Influenzaepidemien in Anstalten. Alle diese Beobachtungen sprechen dafür, daß die Gelegenheit zur Aufnahme der Ruhrerreger während der Epidemie in der Anstalt nahezu überall und dauernd geboten ist, zur Erkrankung an der Ruhr dagegen noch eine Reihe anderer Ursachen gehört, die sich im einzelnen nicht übersehen lassen, die aber bei den obengenannten Krankheitszuständen vorhanden sein müssen. In erster Reihe scheint hochgradige Herabsetzung des allgemeinen Ernährungszustandes zu stehen, wie eine solche sowohl bei längerdauernder Unruhe mit mangelhafter Nahrungsaufnahme und fehlendem Schlafe als auch bei jedem Siechtum auftritt, sei es, daß letzteres durch eine erschöpfende Krankheit, wie Paralyse, Tuberkulose oder Typhus verursacht worden ist, sei es, daß einfaches sogen. Bettsiechtum oder Siechtum durch Vernachlässigung allgemeiner Grundsätze der Gesundheitspflege vorliegt. So erklärt sich wohl die Bevorzugung der alten Anstaltspfleglinge, der verblödeten, untätig dahinlebenden Fälle von Dementia praecox. Dazu gehören auch die paralytisch Siechen und die im schweren, mehrtägigen paralytischen Anfall liegenden Kranken, bei denen die Ruhr geradezu als agonale Erscheinung auftritt, ähnlich wie die hypostatische Pneumonie. Ich habe keinen Anlaß, der Kotstauung dabei eine so hervorragende Rolle zuzuschreiben, wie es früher geschehen ist, da eine sorgfältige Pflege diese zu vermeiden weiß. Ein anderer Zusammenhang besteht vielleicht bei den Unsauberen, den Geisteskranken, „die mit ihrem Kot nicht umzugehen verstehen". Bei diesen mag vielleicht eine Selbstansteckung mit Hochzüchtung der Krankheitserreger mitspielen, ebenso wie bei manchen Bettlägerigen. Denn der Bettlägerige ist in gewisser Beziehung



dem Unsauberen gleichzuachten, da im Bett die durch die Kleidung gesetzten Schranken gegen einen Verkehr zwischen den beiden Öffnungen des Darmrohres fortfallen und dieser Verkehr noch dazu durch die Besonderheiten des Lebens im Bette sehr gefördert wird, namentlich bei größerer Unruhe. Oft war es überraschend, wie die Ruhr ihre Opfer unter den Verpflegten aussuchte. So erkrankte beim Ausbruch der Ruhr auf der Männerabteilung im Februar 1917 als erster ein still und untätig dahinlebender gänzlich verblödeter Dementia-praecox-Kranker, der nahezu 30 Jahre in Anstalten verpflegt worden war. Beim weiteren Fortschreiten der Krankheit befielen in zwei andern Häusern als erste ein als Typhusdauerausscheider seit Jahren streng abgesonderter Paranoider und ein Katatoniker, der wegen hochgradiger Neigung zu Gewalttätigkeiten auch schon mehrere Jahre abgesondert gelebt hatte. Der Typhusausscheider starb nach wenigen Tagen an akutester Ruhr, die beiden andern verfielen der nachfolgenden Tuberkulose. So läßt sich sowohl was die Krankheitsneigung als auch die Schwere der Erkrankung betrifft eine Reihe aufstellen, an deren einem Ende die obengeschilderten besonders zur Erkrankung neigenden Zustandsformen stehen, an deren anderes Ende das Pflegepersonal zu stellen ist, wobei der ganzen Reihe der Krankheitsfälle die Neigung zu Rückfällen gemeinsam ist. Ob in der hiesigen Epidemie einzelne Formen der Geistesstörungen besondere Neigung zur Erkrankung an der Ruhr zeigten, ähnlich wie die statistischen Untersuchungen von H. Löw, Bedburg-Hau, es bei der Tuberkulose für die Dementia praecox wahrscheinlich machen, darüber zu entscheiden muß eingehenderen Untersuchungen vorbehalten bleiben. Nach dem, was die Beobachtung an unseren Fällen ergeben hat, scheint der körperliche Zustand im Vordergrunde zu stehen. Nicht recht zu erklären ist die durchgehende Bevorzugung der Frauenabteilung, während die Krankheit auf die Männerabteilung nur auf den Höhepunkten ihrer Entwicklung übergreift. Gelegenheit zur Verschleppung war hinreichend vorhanden, da nur ein Haus der Männerabteilung ohne jede weibliche Hilfskraft ist und diese natürlich in regem Verkehr mit der Frauenabteilung stehen. Dazu kommt der günstige Boden, den die Krankheit nach den bisherigen Anschauungen bei den vielen männlichen Paralysen aller Krankheitszeiten finden müßte. Es scheinen eben noch ganz andere unbekannte Bedingungen für die Entstehung der Krankheit mitzuwirken.

Ganz besonders bösartig trat die Ruhr in der Nachbaranstalt Colditz, die hauptsächlich vorbestrafte männliche Geisteskranke und unter diesen nur wenige Paralytiker verpflegt, auf, ohne jedoch in ihrem Wesen irgendwie von der gegebenen Schilderung abzuweichen (s. Tabelle 2). Sie wählte

Tabelle 2.

Erkrankungen und Todesfälle an Ruhr und verdächtigen Darmkrankheiten auf der Männerabteilung der Anstalt Colditz.

Durchschnittsbestand

im Jahre 1914: 422,3; 1915: 480,5; 1916: 426,5; 1917: 406,5.

	1914	1915	1916	1917
An Ruhr				
erkrankten	1	34[1])	5	5
starben	—	26[1])	1	5
An verd. Darmkrankh.				
erkrankten	22	61	52	84
starben	—	—	—	1

ebenso aus allen Abteilungen die Siechen, Verblödeten und Unsauberen unter Bevorzugung der Bettlägerigen und unter gänzlicher Verschonung des Pflegepersonals. Hier war ganz besonders auffällig, daß in vielen Fällen ein anscheinend einfacher chronischer Darmkatarrh, der unter den Erscheinungen der Erschöpfung zum Tode geführt hatte, sich bei der Leichenöffnung als ausgesprochene Dysenterie erwies. Wenn genesen, wären diese Fälle bei der Zählung nicht als Ruhr aufgeführt worden. Deshalb sind in die Tabelle auch sämtliche als Darmkatarrh bezeichneten Fälle aufgenommen worden. Trotzdem ist das Verhältnis der Todesfälle sehr groß. Ebenso plötzlich wie die Ruhr aufgetreten war, ist sie auch zurückgegangen, aber keineswegs vollständig erloschen, vielmehr ist die Zahl der verdächtigen Darmkatarrhe noch recht groß geblieben, und die Leichenöffnungen ergaben bis in die letzte Zeit hinein immer noch einige unzweifelhafte Ruhrfälle.

Das klinische Bild zeigt manche Besonderheiten. Gemeinsam war allen Fällen der akut fieberhafte Beginn. Dabei konnte in wenigen Fällen und namentlich bei einigen Erkrankungen an Magendarmkatarrh mit eigenartigem Verlauf bei geistig Gesunden während der Höhe der Ruhrepidemie ein ein- bis zweitägiges Vorstadium mit schwerem Krankheitsgefühl und lebhaftem Schwin-

[1]) **Sämtliche Erkrankungen und Todesfälle an Ruhr erfolgten in der zweiten Hälfte des Jahres.**



del beobachtet werden, an das sich erst der verdächtige fieberhafte Durchfall mit Schleim- und Blutbeimengungen anschloß. Der Gang der Körpertemperatur zeigte keine Besonderheiten, dagegen waren die Stuhlentleerungen keineswegs so häufig wie sonst bei der Ruhr und über Stuhlzwang wurde nur selten geklagt. Niemals sah man die Kranken so häufig und hastig zum Nachtstuhl laufen und sich beim Stuhlgang abquälen, wie es landläufig bei der Ruhr geschildert wird. Wenn geklagt wurde, war es oft schwer zu entscheiden, ob gewöhnliche Koliken oder Stuhlzwang vorlagen. Gering war auch die Neigung zu Blutungen und entsprechend der geringeren Häufigkeit der Darmentleerungen waren die Stühle massiger. Rein schleimig-blutige oder gar eitrige Stühle kamen nur selten und vorübergehend zur Beobachtung, brandige, aus faulenden Gewebsfetzen bestehende Stühle sind überhaupt nicht gesehen worden. In vielen Fällen bei körperlich Rüstigen und daher gegen die Ansteckung Widerstandsfähigen trat nach wenigen Tagen Genesung ein, doch blieb die Gefahr eines Rückfalls sehr groß, ebenso bei chronischerem Verlauf. Schluß folgt.

Schädel- und Gehirnverletzungen.

Referat über die neueste chirurgische und psychiatrisch-neurologische Literatur.

Von Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler.**

(Schluß.)

Rados demonstrierte in der Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen am 30. Juni 1916 (W. kl. W. 1916 Nr. 43) einen Fall von hochgradigem Enophthalmus traumaticus, wahrscheinlich durch eine Gehirnbasisfraktur infolge Granatexplosion. Nachher einige Tage Bewußtlosigkeit, Blutung aus Mund und Nase. Befund: rechte Lidspalte enger, rechtes Auge stark zurückgesunken, Pupille weit, reaktionslos, Tränensekret vermehrt, tiefe Narbean der Hornhaut, bindegewebige Stränge im Glaskörper. Die Bewegungen des rechten Auges stark begrenzt. Hypoglossusparese rechts. Das Röntgenbild zeigt keine wesentliche Erweiterung der Orbitalhöhle, zur Erklärung kann nur die Sympathikusläsion bezw. die Gehirnbasisfraktur herangezogen werden.

M. Rosenfeld (Über psychische Störungen bei Schußverletzung beider Frontallappen; Arch. f. Psych. Bd. 57 H. 1) beobachtete folgenden Fall: 20 jähriger Soldat; glatter Durchschuß durch beide Stirnlappen durch Infanteriegeschoß. Pat. sank sofort an Ort und Stelle zusammen; war nur kurze Zeit bewußtlos. Kleiner Einschuß im linken Stirnbein, etwas größerer im rechten, beide etwas vor der Kranznaht. Aus beiden Öffnungen trat reichlich Gehirnmasse aus. Kopfhaut an der Stirn ein wenig ödematös. An den Stirnbeinen deutliches Krepitieren. Keine ausgedehnten Blutungen. Kein Fieber. Wundheilung lediglich unter Schutzverband ohne jede Reaktion. Keine Zeichen entzündlicher Vorgänge im Gehirn und an den Hirnhäuten; außer geringer, drei Tage andauernder Pulsverlangsamung keine Zeichen von Hirndruck. An Augenhintergrund und -bewegungen und an Pupillen keine Veränderung. Sehnenreflexe sehr gesteigert, beiderseits deutliche, aber nur vierzehn Tage anhaltende Dorsalflexion der großen Zehe. Keine Sensibilitätsstörungen. Obgleich Bewußtseinsstörung schon kurze Zeit nach der Verletzung nicht mehr nachweisbar war, bot Pat. das Bild eines katatonischen Stupors.

„Er lag stets auf einer Seite mit leicht flektierten, an den Körper angezogenen Armen und Beinen. Er änderte die Stellung, welche durchaus nicht als bequem zu bezeichnen war, niemals; dies war um so auffälliger, als die Unterlage, welche wir dem Verletzten zunächst bieten konnten, nur in einem recht harten Strohsack bestand. Der Mann zeigte gar keine Spontaneität in seinen Bewegungen. In den geschlossenen Händen hielt er meist irgend einen kleinen Gegenstand, oft einige Brotreste. Den Urin und Stuhl ließ er ins Bett laufen, ohne daß er sich durch die Verunreinigung belästigt fühlte. Passiven Bewegungen, welche man mit den Extremitäten ausführen wollte, setzte er einigen Widerstand entgegen. Aufforderungen, Bewegungen auszuführen, befolgte er nur gelegentlich, meist gar nicht. Katalepsie war nicht vorhanden. Der Verletzte blickte stets ruhig vor sich hin, zeigte keine Interessen für irgend welche Vorgänge seiner Umgebung. Er klagte niemals über irgendwelche Beschwerden, auch nicht über Kopfschmerzen. Er hatte keinerlei Wünsche vorzubringen. Dabei hatte man den Eindruck, daß der Mann die Vorgänge seiner Umgebung wohl beobachtete und wahrnahm. Die Nahrungsaufnahme war dadurch gestört, daß der Mann die festen Speisen, die ihm mit Zwang in



den Mund gesteckt wurden, im Mund behielt, nicht herunterschluckte und nach einiger Zeit wieder herausfallen ließ. Die flüssige Nahrung ließ er anfangs stets wieder herauslaufen. Zu sprachlichen Produktionen war er zeitweise überhaupt nicht zu veranlassen, dann antwortete er plötzlich wieder ganz korrekt auf einige Fragen, so z. B. auf die Frage nach seinen Personalien, nach seiner Verwundung, um dann gleich wieder in seinem Mutazismus zu verharren. Aphatische Störungen waren sicherlich nicht vorhanden. Affekterregungen fehlten. Nur von Zeit zu Zeit zeigte der Mann ein etwas maniriertes Lachen, Herausplatzen, namentlich wenn man ihn wegen seiner Unsauberkeiten etwas vermahnte. Es fehlte im übrigen jedes Mienenspiel. Spontanes Grimassieren war nicht vorhanden."

Hysterische Züge fehlten vollständig. Dagegen zeigte sich sofort nach der Verletzung folgende Störung des Stehens und Gehens: „Bei den Versuchen zu gehen und zu stehen, zu welchen der Mann von Zeit zu Zeit genötigt wurde, machte er mit dem Körper und mit den Beinen allerhand ungeschickte Bewegungen, so daß er anfangs überhaupt nicht gehen und stehen konnte und auch später noch seine Bewegungen beim Gehen unsicher und ungeschickt erschienen. Bei manchen Gehversuchen erinnerte das Verhalten des Mannes an die sogen. Asynergie cérébelleuse. Ausgesprochene ataktische Störungen bei den Bewegungen der einzelnen Extremitäten waren nicht zu konstatieren." Gegen die Erklärung dieser Störung aus dem Stupor sprach folgendes: „Machte man den Versuch, den Mann aufzustellen und zum Gehen zu bringen, so widersetzte er sich diesem Versuche nicht; er machte sogar offensichtliche Anstrengungen, sich aufrecht zu halten und die Beine vorzuschieben. Gegenantriebe bestanden nicht. Während das negativistische Verhalten des Mannes zeitweise vollständig fehlte, und der Mann dann Aufforderungen befolgte, einzelne Bewegungen gut ausführte und sprechen konnte, bestand die Störung des Gehens und Stehens dauernd und bildete sich nur ganz allmählich zurück. Ferner waren die Gehstörungen noch vorhanden, als der stuporöse Zustand schon geschwunden war. Schließlich deutet noch das Vorhandensein des Babinskischen Reflexes während der ersten Wochen darauf hin, daß das Pyramidenbahnsystem von den verletzten Frontallappen aus in seinen Funktionen gestört war."

Rosenfeld trennt daher die Bewegungsstörungen, soweit sie Gehen und Stehen betrafen, von den anderen psychomotorischen ab und ordnet sie der sogen. frontalen Ataxie zu. Die Annahme, daß das Stirnhirn beim Menschen vorzugsweise Willensvorgängen, also gewissen höheren seelischen Funktionen dient, wird durch Rosenfelds Fall gestützt.

Nachtrag.

Guleke, Plastische Deckung eines beträchtlichen Ventrikelwanddefektes. D. m. W. 1917, S. 96. Ein Jahr nach Granatsplitterverletzung des linken Okzipitallappens wurde bei der Exzision der Hirnnarbe mit den darin enthaltenen Knochensplittern der stark erweiterte Seitenventrikel eröffnet Nach Auseinanderweichen der durch die Narbe zusammengezogenen Hirnpartien lag ein trichterförmiger Hirndefekt vor, von der Größe eines Fünfmarkstückes an der Oberfläche; das Loch in der Ventrikelwand war zweimarkstückgroß. Deckung des Hirndefektes durch ein abgepaßtes Fettstück aus dem Gesäß so daß die glatte Faszienschicht des Fettlappens, gerade in das Niveau der Ventrikelwand zu liegen kam. Der Liquorabfluß hörte sofort auf. Deckung des Knochendefektes durch einen Tibiaspan mit dem Periost nach innen. In den folgenden Tagen starker Hirndruck durch Hydrocephalus internus, der durch einmalige Lumbalpunktion schwand. Glatte Heilung. ½ Jahr nach der Operation: Defekt knöchern fest verheilt, Pat. fast beschwerdefrei bis auf einen alle 6—8 Wochen auftretenden epileptischen Anfall, der in gleicher Weise vor der Operation aufgetreten war.

ANHANG.

Weitere Literaturquellen.

Abelsdorff, Beiderseitiges zentrales Skotom bei im übrigen normalem Gesichtsfeld nach Hinterhauptschuß. Klin. Mon. f. Augenheilk. LVI, 2-3.

Albrecht, Wundrevision bei Schädelschüssen. W. kl. W. 1916, 17.

Allers, Feldärztliche Blätter der k. u. k. zweiten Armee, bei Allers, S. 142, metastatische Meningitis nach Schußverletzung.

Allers, Transportfähigkeit operierter Schädelschüsse. W. kl. W. 1916, 36.

Aschaffenburg, Über die Spätfolgen der Schädelverletzungen. N. C. 1916, S. 824.

Aschaffenburg, Lokalisierte und allgemeine Ausfallerscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle 1916.

Bárány, Wundnaht bei Schußverletzung, speziell des Gehirns. W. kl. W. 1915, 20.

Bárány, Über die Behandlung der Schädelschußverletzungen. W. kl. W. 1916, 28, S. 895.



Barckhausen, Gehirnerschütterung in der Armee. Inaug.-Diss. Leipzig 1916.
Beck, O., Österr. otolog. Ges., 28. Juni 1915, bei Allers, S. 129, Labyrinthäre Symptome.
Bielschowsky, bei Allers, S. 127, Parazentrale hemianopische Skotome und inselförmige Defekte.
Binswanger, D. m. W. 1915, S. 1502, Anarthrische und dysarthrische Störungen bei Verletzungen der linken Hemisphäre, bisher nur bei doppelseitiger bulbärer Erkrankung beobachtet.
Birnbaum, Kriegsneurosen und -psychosen. Sammelref. Aug. 1915 bis Jan. 1916. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. XII, 1916, Referate H. 1 und 4.
Bittorf, Zur Behandlung der nach Granatexplosionen auftretenden Neurosen. M. m. W. 1915, 30.
Boit, H., Über Schädelverletzungen. Med. Klinik 1916, 25.
Bönheim, B. kl. W. 1915, 9, Sensibilitätsstörungen bei Verletzung der motorischen Region.
Brandes, M., Kurze Bemerkungen zu den Wundverhältnissen bei Schädelschüssen. M. m. W. 1916, 21.
Brandes, Sinusverletzungen bei Schädelschüssen. D. m. W. 1916, 13.
Bresler, J., Referat über traumatische Neurose in Laehrs Allgem. Zeitschr. f. Psych. Literaturbericht über 1916 und 1917.
Bychowski, L., Über manche nervöse Erscheinungen infolge von Schädelschüssen. Medycyna IX, 1916.
Cernic, M., Schädelverletzungen. W. kl. W. 1916, 9 u. 10.
Clairmont, P., Zur Frage des primären Verschlusses frühoperierter Schädelschüsse durch Naht. W. kl. W. 1916, 28.
Cords, Bemerkungen zur Magnetextraktion von Granatsplittern aus dem Gehirn. M. m. W. 1916, 30.
Cords, Prognose und Therapie d. Stirnhirn-Orbitaschüsse. Zeitschr. f. Augenheilk. XXXIV, 3, 1915.
Defranceschi, Kriegserfahrungen über Kopfschüsse. W. m. W. 1916, 27.
Dimmer, Zwei Fälle von Schußverletzungen der zentralen Sehbahnen. W. kl. W. 1915, 20.
v. Dziembowski, Stirnhirnverletzung mit psychischen Ausfallserscheinungen. D. m. W. 1916, 21.
Engelhardt, Prognose der Schädelschüsse. M. m. W. 1915, 32.
Erdelyi, Schädelschüsse. Beitr. z. klin. Chir. C, 1.
Erhardt, Schädelchirurgie im Felde. D. m. W. 1914, 51 und 52.
Eschweiler u. Cords, Schädelschüsse. D. m. W. 1915, 15.
Eulenburg, Kontinuierlicher Schlafzustand nach Kopftrauma. Med. Klinik 1914, 45 und 46.
Ewald, Stellungnahme zu den Vorschlägen Báránys. W. kl. W. 1916, S. 1501.
Fibich, R., Über die Therapie der Bauch- und Kopfschüsse in der Nähe der Kampffront mit Berücksichtigung der Transportverhältnisse. W. kl. W. 1916, 40 und 41.
Finkelnburg, Spätabszesse und Spätenzephalitis des Gehirns nach Oberflächenschüssen des Schädels. D. m. W. 1916, 25.
Finsterer, bei Allers, S. 200, Duraplastik mit in Formalin gehärteten Bruchsäcken.
Fleischer, bei Allers, S. 127, Symmetrische sektorenförmige Skotome.
Foramitti, v. Eiselsberg, Stoerck, Diskussion über die Behandlung der Schädelschußverletzungen. W. kl. W. 1916, 28.
Forster, Krieg und traumatische Neurose. Mon. f. Psych. 1915, Juli-Aug.
Franke, bei Allers, S. 127, Besserung der Hemianopsie durch Operation.
Fränkel, Med. Klinik 1915, S. 1388, Operation nur bei Auftreten von lokalen Reiz- und von Kompressionssymptomen.
Fränkel, bei Allers, S. 200, Zelluloidplatten.
Fränkel, A., Die offene und geschlossene Behandlung der Schußverletzungen des Gehirnes. W. kl. W. 1916, 28.
Frey, Behandlung v. Gehirnprolapsen. M. m. W. 1916, 1.
Frey, E. K., Behandlung des Gehirnprolapses im Felde. M. m. W. 1916, 1. — Empfehlung des primären plastischen Verschlusses der Knochenlücke.
Friedländer, N. C. 1915, 21, Kleinhirnsymptome.
Fröschels, E., Über traumatische Sprachstörungen. W. m. W. 1916, 17. — Systematische Schulung und Neuerziehung Aphasischer u. ähnlicher Gehirninvaliden.
Funke, Zentralbl. f. Chir. 1915, 23, empfiehlt zur Defektdeckung Invelit.
Gaupp, Die Granatkontusion. Beitr. z. klin. Chir. XCVI, 3, 1915.
Gerstmann, bei Allers, S. 114, Kontrekoup bei sicher festgestellter Schußverletzung des Schädels; dabei Hemianopsie.
Gerstmann, W. m. W. 1915, 26, Sensibilitätsstörungen von spinosegmentalem Typus bei Hirnrindenläsion. So auch ein von Allers (S. 122) beobachteter Fall.
Gerstmann, W. kl. W. 1915, S. 1450, Reine Tastlähmung bei Verletzung der motorischen Region.
Gerstmann, J., Zur Kenntnis der Störungen des Körpergleichgewichts nach Schußverletzungen des Stirnhirns. Mon. f. Psych. u. Neur. XL, 1916, 6.
Ghon und Roman, Med. Klinik 1915, 50, Erreger der eitrigen Meningitis nach Schädelverletzung.
Gilbert, Schläfen- und Stirnhirn-Orbitalschüsse. Arch. f. Augenheilk. 80, 4, 1916.
Göbel und Hell, M. m. W. 1915, S. 1656, unter 21 jüngeren Patienten mit Meningitis nur einmal Nackenstarre und Kernigs Symptom vermißt, Kopfschmerz in allen Fällen vorhanden.
Goetges, M. m. W. 1915, S. 897, vier- bis sechstägiger Tamponwechsel bei Prolaps.
Goetjes, Gehirnverletzung durch Granatsplitter. M. m. W. 1915, 26.
Goldmann, Kolbenschlag gegen das Hinterhaupt m. Kleinhirnsymptomen. W. m. W. 1914, 52.
Goldstein, K., Übungsschulen für Hirnverletzte. Zeitschr. f. Krüppelfürs. IX, 1916, 1.
Goldstein, bei Allers, S. 218, Schulen für Invaliden.
Goldstein, Behandlung der umschriebenen Ausfallsymptome bei den Schußverletzungen des Gehirns. Fortschr. d. Med. 1916, 22.



Goldstein, M. m. W. 1915, S. 1439, Kleinhirnsymptome.

Goldzieher, bei Allers, S. 112, Verklebung der Dura unter Umständen schon in den ersten 24 Stunden nach der Verletzung nachweisbar.

Gretjes, Gehirnverletzungen durch Granatsplitter. W. kl. W. 1916, S. 375.

Guleke, Über Schädelschüsse. Beitr. z. klin. Chir. 98, 5.

Guleke, Therapie und Prognose der Schädelschüsse. M. m. W. 1915, 29.

v. Haberer, Schädelverletzungen im Kriege. W. kl. W. 1914, 49 und 50.

Hänel, F., Chirurg. Erfahrungen über Kopfschüsse. N. C. 1917, 4, Ref.

Hancken, Prognose und Behandlung der Schädelschüsse. M. m. W. 1914, 51.

Hansemann, D. v., Die Perforation der Lamina cribrosa durch Luftdruck. B. kl. W. 1917, 30. April. — Beobachtungen von besonderer Wichtigkeit, die den plötzlichen Tod einer Person durch in der Nähe erfolgte Explosion, ohne äußere Verletzungen des Schädels, erklären, aber auch Meningitis u. a.

Hanusa, K., Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen, Schädelbasisbrüchen, Gehirnerschütterung. Med. Klinik 1916, 38.

Hart, Spätmeningitis nach Schußverletzung des Gehirns. Med. Klinik 1916, 23.

Härtl, J., Fehlende Erinnerung des Verletzten für einen Schädelschuß. Verkannter Mordversuch. D. m. W. 1916, S. 1352.

Hartleib, Transversalschuß durch beide Sehzentren. Reichs-Med.-Anz. 1916, 1.

Harzhecker, Ätiologie der Granatkontusionsverletzungen. D. m. W. 1914, 47.

Hauptmann, Kriegsneurose und traumatische Neurose. Mon. f. Psych. 1916, Jan.

Hayward, Klinik der Schädelschüsse nach Erfahrungen im Heimatlazarett. B. kl. W. 1915, 46 und 47.

Heilig, G., Kriegsverletzungen des Gehirns und ihre Bedeutung für unsere Kenntnis von den Hirnfunktionen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. XXXIII, 1916, 5.

Heineke, bei Allers, S. 192, warnt vor der Anlegung großer Knochendefekte.

Higier, H., Eigentümlicher Dämmerzustand nach Granatexplosion. Verhandl. d. Warschauer ärztl. Gesellsch. 1915, S. 64.

Hoffmann, E., Deckung von Schädeldefekten. D. m. W. 1916, 26.

Horn, Zusammenhang zwischen Nervenleiden nach Unfall und Arteriosklerose. Mon. f. Unfallheilk. 1915, 1.

Hosemann, Schädeltrauma und Lumbalpunktion. D. m. W. 1914, 35.

Hosemann, Chirurgische Frühbehandlung der Schädelschüsse. D. m. W. 1915, 21.

Jeger, Beitr. z. klin. Chir. 1915, S. 419, Implantierte ein Stück Vene in den zur Deckung benutzten Faszienlappen und nähte die Vene dann nach Durchführung durch einen in die Weichteile gebohrten Kanal in die Vena jugularis ein.

Jellinek, Kriegsneurosen. W. kl. W. 1916, 7.

Jellinek, St., Status epilepticus durch Lumbalpunktion zu sofortigem Stillstand und Besserung gebracht. W. kl. W. 1916, 52, S. 1664. Epilepsie nach Gehirnerschütterung.

Jungmann, Fall von schwerer, nach dreijährigem Bestehen geheilter Geistesstörung in ursächlicher Folge von Kopfverletzung durch Unfall. Mon. f. Unfallheilk. 1916, 1.

Kaess, Bilaterale nukleäre Hypoglossuslähmung und Parese beider Arme durch Unfall. Med. Klinik 1915, 7.

Karplus, N. C. 1915, bei Allers, S. 121, Skandieren und Dysarthrie bei Verletzung des Hirnstammes.

Karplus, N. C. 1915, Skandieren und Dysarthrie bei Verletzung des Hirnstammes.

Klausner, Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen. Dermatol. Wochenschr. 1915, 43.

Klieneberger, Schädelschüsse. D. m. W. 1916, 11.

Knapp, Kriegsschädigungen der Sehorgane. Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte 1916, 38.

Krause-Heymann, S. 586, bei Allers, S. 202, operative Behandlung der Meningitis.

Krause, F., Behandlung der septischen Gehirnerweichung und der eitrigen Gehirnhautentzündung. D. m. W. 1916, 17.

Krüger, H., Sensibilitätsstörungen nach Verletzungen der Großhirnrinde. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. XXXIII, 1916, 1-2.

Küttner, H., Vortrag in der Schles. Ges. f. vaterländ Kultur, med. Abt., vom 23. Juli 1915. Bei Schädelschüssen Trepanation nur bei Auftreten von Hirndruck und beginnender Infektion.

Küttner, Freie Autoplastik vom Schädel selbst zur Dekkung von Schädeldefekten. D. m. W. 1916, 12.

Lenz, bei Allers, S. 127. Besserung der Hemianopsie durch Operation.

Lilienfeld, Ärztl. Verein Frankfurt a. M., Sitzung vom 30. Nov. 1914, bei Allers, S. 119. Isolierte Lähmungen der Finger- und Fußmuskeln.

Löwenstein und Rychlik, Med. Klinik 1916, S. 144, Entzündung des Sehnervkopfes, prognostisch ungünstig.

Löwenstein, Schädelschüsse und Sehnerv. Med. Klinik 1916, 6.

Löwenstein, A., und Rychlik, E., Schädelschüsse und Sehnerv. Med. Klinik 1916, 6.

Longard, Tangentialschüsse des Schädels. D. m. W. 1914, 50.

Mac Lean, Vortrag im Marinelazarett zu Hamburg am 29. Jan. 1915, bei Allers, S. 184. Betrifft Operation.

Mager, Med. Klinik 1915, S. 901, bei Allers, S. 142, Nackenstarre und Kernigs Symptom bei älteren Leuten nur wenig ausgeprägt.

Marburg, Weiterer Beitrag zur Frage der kortikalen Sensibilitätsstörungen (pseudo-spino-segmentaler Typus am Bein). W. m. W. 1916, 36.

Matti, Schußverletzungen des Gehirns und Rückenmarks. D. m. W. 1916, 21—23.

Melchior, E., und Tietze, A., Verletzungen des Gehirns. Neue deut. Chir. Bd. 18, Stuttgart, F. Enke.

Melchior und Tietze, Verletzungen der Gefäße und Nerven der Schädelhöhle. Neue deut. Chir. XVIII, 1916.



Meyer, E., und Reichmann, F., Nervöse Folgezustände nach Granatexplosionen. Arch. f. Psych. LVI, 1916, 3.

Meyer, E., Funktionelle Nervenstörungen bei Kriegsteilnehmern nebst Bemerkungen zur traumatischen Neurose. D. m. W. 1915, 51.

Meyerhof, Beiträge zur unteren Hemianopsie nach Schädelschuß. Klin. Mon. f. Augenheilk. 1916, 56, 1.

Michl, Schußverletzungen des Schädels und Gehirns. W. m. W. 1916, 27.

Mönckeberg, M. m. W. 1915, 2, Meningitiden durch Fortschreiten des Abszesses in die Tiefe.

Muck, M. m. W. 1915, S. 845. Bei Linksdrehung des Kopfes oder Kompression der linken Vena jugularis trat Eiter in vermehrtem Maße aus der links gelegenen Hirnwunde.

Muck, Gestaltveränderung einer Hirnwunde, durch Kopfverletzung hervorgerufen. M. m. W. 1915, 25.

Müller, Kopfstreifschuß; motorisch-amnestische Aphasie; Trepanation, Heilung. M. m. W. 1916, 10.

Münch, Über Kopfschüsse. M. m. W. 1916, Feldärztl. Beilage, S. 486.

Münch, E., Über Kopfschüsse. M. m. W. 1916, 30.

Neuwirth, Behandlung der Schädelverletzungen im Kriege. W. m. W. 1916, 27.

Nießl v. Mayendorf, Paraplegien nach Schädelschüssen. N. C. 1917, 4, Ref.

Nonne, Traumatische Neurosen b. Kriegsverletzten. Med. Klinik 1915, 31 und 34.

Nordmann, Med. Klinik 1915, empfiehlt absoluten Konservatismus gegenüber den Kopfschüssen im Feldlazarett.

Oppenheim, Krieg und traumatische Neurosen. B. kl. W. 1915, 10.

Oppenheim, Med. Klinik 1916, S. 232, bei Allers, S. 219, hält Ergebnis der psychologischen Prüfungsmethoden bei Hirninvaliden nicht für ausschlaggebend.

Oppenheim, Bemerkungen zur traumatischen Neurose. Med. Klinik 1915, 33.

Orth, Behandlung von Gehirnprolaps nach Schädeldefekten. Med. Klinik 1915, 1.

Orth, Med. Klinik, Feldbeilage 18, bei Allers, S. 190, empfiehlt sofortigen Verschluß durch einen Periostknochenlappen aus einer anderen Körperstelle.

Pagenstecher, Sehstörung nach Schußverletzung ins Hinterhaupt. Arch. f. Augenheilk. 80, 1, 1916.

Passow, Späterkrankungen nach Schädelverletzungen. Med. Klinik 1916, Nr. 1.

Passow, Med. Klinik 1916, 1, bei Allers, S. 128. Epileptische Anfälle blieben nach der Operation aus, kehrten aber später wieder; Debridement war nicht restlos ausgeführt.

Payr, Erfahrungen über Schädelschüsse. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1915, Dez.

Penhallow, Pearce, Mutism and deafness due to emotional shock cured by etterization. Boston med. surg. journ. 1916, 4.

Pichler, W. m. W. 1916, S. 33, bei Allers, S. 127. Farbenhemianopsie.

Pick, F., Verein deut. Ärzte, Prag, 19. Nov. 1915, bei Allers, S. 127. Vom Gesichtsfeld beiderseits nur der linke obere Quadrant erhalten.

Plahl, Zur Helmfrage als Schutz gegen Schädelverletzungen. W. kl. W. 1917, 2, S. 62.

Pöhlmann, Alopezia areata neurotika nach Schußverletzung. M. m. W. 1915, 47.

Pommer, G., Zur Kenntnis des inneren Schädelblutsackes (Kephalaematoma) und seiner Folgeveränderungen. W. kl. W. 1916, S. 866.

Poppelreuter, Erfahrungen und Anregungen zu einer Kopfschuß-Invalidenfürsorge. Neuwied, Heusers Verlag, 1915.

Pötzl, O., Optische Hemmungserscheinungen in der Rückbildungsphase von traumatischen Läsionen der Hinterhauptlappen. W. m. W. 1916, 36.

Preysing, Med. Klinik 1915, S. 793, betrifft Entfernung von Fremdkörpern aus der Tiefe.

Pribram, E., Therapie der Schädelschüsse. W. kl. W. 1916, 45.

Ranzi, W. kl. W. 1915, 21, bei Allers, S. 190. Ablehnung der Thesen Báránys über Schädeloperationen.

Reichard, H., und Moses, H., Interessanter Fall von Kopfschuß (epidurales Hämatom, Krämpfe, Operation, Heilung). M. m. W. 1915, 52.

Reichard und Moses, Münch. med. Wochenschr. 1915, S. 52, Epileptische Anfälle blieben nach der erst bei der zweiten Operation bewirkten vollkommenen Ausräumung des extraduralen Hämatoms gänzlich aus.

Reichard, H., Interessanter Fall von Kopfschuß. M. m. W. 1915, 52.

Reichmann, Med. Klinik 1916, S. 56, Sitz.-Ber. Kleinhirnsymptome.

Reuter, Traumatische Markblutung des Gehirns. W. kl. W. 1916, S. 568.

Riedel, bei Allers, S. 113, sah beim Beugen des Kopfes Flüssigkeit, die vielleicht durch den Aquädukt strömte, unter hellem Klang in die Hirnwunde schießen; die Kranken waren bereits vor längerer Zeit operiert.

Romeik, Traumatische motorische Aphasie. Inaug.-Diss. Leipzig 1914.

Rosenfeld, M., Über psychische Störungen bei Schußverletzung beider Frontallappen. Arch. f. Psych. LVII, 1917, 1.

Rosenmeyer, bei Allers, S. 127, Transitorische Rindenblindheit.

Rothfuchs, D. m. W. 1915, S. 1534, betrifft Operation.

Rulf, Med. Klinik 1914, 40, Ver.-Ber., Sensibilitätsstörungen bei Verletzung der motorischen Region.

Rumpf, Schußverletzungen des Rückenmarks und Gehirns. Med. Klinik 1915, 4.

Rühl, H., Zur Deckung von Schädeldefekten. M. m. W. 1916, 16.

Rychlik, E., Gasabszeß des Gehirns. M. m. W. 1916, 48.

Rychlik, E., und Löwenstein, A., Schädelverletzungen im Gebirgskrieg. Med. Klinik 1916, 49.

Sänger, M. m. W. 1915, S. 521, Sensibilitätsstörungen bei Verletzung der motorischen Region.

Sänger, Über die Arbeitsfähigkeit nach Schußverletzungen des Gehirns. Neur. Zentralbl. 1916, 2.



Sarbó, A. v., Die durch Granatwirkung entstandene Taubstummheit — eine medulläre Erkrankung. Med. Klinik 1916, 38. Einkeilung des verlängerten Marks ins Foramen occipitale magnum, Schleuderung des Liquor cerebrospinalis an den Boden des vierten Ventrikels, Kernveränderungen.

Schepp, K. F., Deckung von Schädeldefekten. Diss. München 1916.

Schleinzer, J., Schädelschüsse. W. kl. W. 1916, S. 1447.

Schlesinger, W. kl. W. 1915, S. 1329, bei Allers, S. 153. Hochgradige Amnesie; Stirnhirndefekt.

Schmidt, W., Psychische und nervöse Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. XXIX, 5, 1915.

Schmidt, H., Das moderne Verfahren bei Steckschüssen. B. kl. W. 1916, 52.

Schmieden, bei Allers, S. 202. Prophylaktische Lumbalpunktion.

Schober und Pressel, Fall scheinbarer homolateraler Hemiplegie nach Schädelverletzung. Corresp. f. Schw. Ärzte 1916, 24.

Schramm, O., Plastische Deckung von Schädeldefekten nach Kopfschüssen. Diss. Berlin 1916.

Schultz, J. H., Fünf neurologisch bemerkenswerte Hirnschüsse. Mon. f. Psych. 1915, Dez.

Schultz, J. H., und Meyer, R., Zur klinischen Analyse der Granatshokwirkung. Med. Klinik 1916, 9.

Schwarz, O., Zur Kenntnis der Gedächtnisstörung nach Granatkontusion. Mon. f. Psych. u. Neur. XL, 1916, 4 (Korsakoffsche Psychose).

Seelert, Neurosen nach Unfällen, mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen im Kriege. Mon. f. Psych. 1915, Dezember.

Seiffer, W., Kortikale Sensibilitätsstörungen von spinosegmentalem Typus. B. kl. W. 1916, 10.

Seiffer, Kleinhirnverletzungen. B. kl. W. 1916, 22.

Sgalitzer, Fall gleichseitiger Lähmung und Atrophie. W. kl. W. 1917, 6 (der Fall II von Marburg).

Singer, A., Soll man Steckschüsse des Schädels operieren? W. kl. W. 1916, 28.

Simon, H., Der Schädelschuß. Kriegschirurgische Skizze. 80 S. Berlin 1916, J. Springer.

Simon, Beiträge zur klinischen Chirurgie 1916, S. 316. Operiert nicht aus neurologischer, sondern aus rein chirurgischer Erwägung heraus, d. h. in der großen Mehrzahl der Fälle zunächst nur zur Erreichung möglichst günstiger Wundheilung und zur Fernhaltung von Infektion.

Sittig, O., Zur Symptomatologie der Stirnhirnschüsse. Med. Klinik 1916, 41.

Solieri, Stichwunden des Gehirns. Arch. f. klin. Chir. CV, 1, 1914.

Sonntag, Münch. med. Wochenschr. 1915, S. 1404; Lange wirkender Druck von Knochenstücken oder Hämatom schädigt darunter liegende Hirnteile dauernd.

Spitzy, Unsere Kriegsinvaliden. Wien 1915, C. L. W. Seidel & Sohn. Beschreibung der Invalidenschulen in Wien.

Steinthal, Prognose der Gehirnschüsse. Med. Corresp. d. Württ. ärztl. Landesver. 1916, 25.

Stiefler, Ergebnisse der Prüfung des Baranyschen Zeigeversuchs bei Schußverletzungen des Schädels bzw. des Gehirns. Zeitschr. f. d. ges. Neur. XXIX, 1915, 5.

Stier, Gewährung der Verstümmelungszulage bei Schädel- und Hirnläsionen. Mon. f. Psych. 1916, Juni.

Streißler, M. m. W. 1915 S. 1477. Duraplastik mit Faszie aus dem Vorderarm.

Sultan, Zystenbildung im Gehirn nach Schußverletzung. D. m. W. 1916, 25.

Szily, v., Deutsch. med. Wochenschr. 1915, 34. Stauungspapille bei Gewehrschuß selten, bei Artillerieverletzung des Hirnschädels in 50 v. H.

Szily, A. v., Atlas der Kriegsaugenheilkunde. 1916, Verlag von F. Enke.

Thiemann und Bauer, Schädelschüsse im Röntgenbild. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen XXIII, 1916, 6.

Trömner, Schädelbasisfrakturen. D. m. W. 1916, 22, S. 682.

Urbantschitsch, E., Hysterische Taubstummheit. W. m. W. 1916, 7.

Villaret und Faure-Beaulieu, L'épilepsie tardive consécutive aux traumatismes de guerre crânio-cérébraux. Montpellier méd. 1916.

Volk, Gehirnschüsse mit besond. Berücksichtigung eines Segmentalschusses mit postoperativem großen Hirnvorfall. Inaug.-Diss. Berlin 1915.

Volkmann, J., Isolierter Bruch der Tabula interna mit schwerer Hirnzertrümmerung bei Nackenstreifschuß. D. m. W. 1916, 50.

Vossius, A., Sehstörungen nach Verletzungen der zentralen Sehbahnen. Diss. Gießen 1916.

Weber, W., Kurze Mitteilung über die Deckung von Schädellücken nach Schußverletzungen. N. C. 1917, 4, Ref. Man soll jede Knochenlücke, die über fingerkuppengroß ist, decken.

Weber, Granatexplosionen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1915, 16.

Weber, E., Behandlung der Folgezustände von Gehirnerschütterung. Med. Klinik 1915, 17.

Weichselbaum, bei Allers, S. 137. Basale Meningitis; bei Konvexitätsmeningitis ist die vom Schuß nicht betroffene Hemisphäre oft stärker ergriffen.

Weinert, Interessante epidiaskopische Wiedergabe von Schußverletzungen und deren Folgezuständen. D. m. W. 1916, 12. Darin auch Verletzungen des Kopfes und Gehirns, Spätabszesse, eitrige Meningitis usw.

Wexberg, Med. Klinik 1916, S. 231. Schädelbasisfraktur bei Konvexitätsschuß.

Wexberg, Med. Klinik 1916, S. 231, bei Allers, S. 131. Schädelbasisfraktur bei Konvexitätsschuß.

Weygandt, W., Diskussionsbemerkung, Ärztl. Verein Hamburg, 9. März 1916, bei Allers, S. 168. Gehirnprolaps kann ohne psychische Störung oder mit nur geringer einhergehen.

Whitehorn-Cole, A. G., Surgical notes on serious head injuries. From an evacuation hospital, British expeditionary force, France, Lancet 1915, 13. März.



Wilms, Verringerung der Blutung bei Trepanation durch eine Hautquetsche. M. m. W. 1916, 18.

Zuckerkandl, Prinzipien der Wundbehandlung. D. m. W. 1915, 51. Darin auch Behandlung und Beurteilung der Schädelschüsse.

Wiegand, Granatkommotionsneurosen. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1915.

Wiegand, H., Über Granatkommotionsneurosen. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1915.

Referate.

— **Zur Frage des Blutbefundes bei Tetanus.** Von Prof. Arneth, Münster. Deutsch. med. Wochenschr. 1916 Nr. 51.

Infolge der gewaltigen Muskeltätigkeit wird ein vermehrter Austritt der durch das Tetanusgift selbst nicht geschädigten Leukozyten aus den Reservedepots in die Blutbahn bewirkt; zu einer nennenswerten Verschiebung des neutrophilen Blutbildes kommt es nicht. Ähnliches hat Arneth früher bei epileptischen Krämpfen (bei Epileptikern des Johannisspitals in Würzburg) nachgewiesen.

Bresler.

Buchbesprechungen.

— Swoboda, Das Siebenjahr. Band I: Vererbung. Wien und Leipzig 1917, Orionverlag.

Als Untertitel wählt der Wiener Psychologe die Erläuterung: Untersuchungen über die zeitliche Gesetzmäßigkeit des Menschenlebens. Eine solche Gesetzmäßigkeit, bestehend in einem siebenjährigen Zyklus, wird uns denn auch aufgetischt. Im ersten Kapitel wird dargelegt, daß Fruchtbarkeit und Lebenskraft alle sieben Jahre einen Hochstand erreichen, in der dazwischen liegenden Zeit relativ geringer sind. An einer Fülle von genealogischen Familientafeln wird diese Behauptung belegt. Im zweiten Kapitel wird erörtert und zu beweisen gesucht, daß diese Siebenjahre der Eltern für die geistige Fähigkeit der Kinder dieselbe Bedeutung haben wie für deren leibliche Tüchtigkeit. Als Kronzeugen müssen da 27 Jahr alt war, Lessing und Ranke, weil der Vater 25, Klopstock, weil die Mutter 21, Grillparzer, weil der Vater 28, Mozart, weil der Vater 36 und die Mutter 35 Jahr war usw. Daß es auf ein Jahr mehr oder weniger nicht ankommt, und daß es nichts verschlägt, ob das Alter des Vaters oder aber auch der Mutter bei der Geburt eine durch sieben teilbare Zahl darstellt, daß Brüche bei der Zahlenteilung wiederum außer acht gelassen werden und daß endlich die Kasuistik darin besteht, daß Verf. die Fälle selbst herausgreift, die seine Behauptungen stützen sollen, ist, um das jetzt schon gleich zu sagen, die Schwäche seiner Beweise. Im dritten Kapitel erscheint dann die Lehre, daß die Kinder in der Regel dem Elternteil oder Vorfahren ähnlich sind, aus dessen „Hochjahr (Siebenjahr)" sie stammen; hieran schließen sich sehr interessante Ausflüge in das Gebiet der Vererbungslehre an, die m. E. wertvollsten Bestandteile des ganzen Buches. Im vierten und letzten Kapitel findet endlich eine eingehende Untersuchung über Krankheitsvererbung statt, wo Verf. auch auf Grund der siebenjährigen Periode die Wiederkehr von Bildungsfehlern und mangelhafter Konstitution gesetzmäßig festnagelt.

Im ganzen ein Buch, in welchem alle möglichen interessanten Tatsachen, mögen sie nun beweiskräftig sein oder nicht, zusammengetragen sind und den außerordentlichen Fleiß des Verfassers bezeugen, ein Buch, das das, was es in der Einleitung verspricht, nämlich Neuland beackern zu wollen, welches der Verf. mit dem Namen Bionomie belegt, auch wirklich hält, und ein Buch deshalb, das mannigfache Anregungen für Genealogie und Vererbungslehre zu geben vermag. Die guten Eigenschaften muß man dem Buch Hermann Swobodas zweifellos lassen. Dagegen scheint mir der Verfasser mit der Gesetzmäßigkeit der Siebenzahl zu weit zu gehen, seine Kasuistik ist, wie oben bereits gesagt, recht anfechtbar und die Abweichungen, die ja vielleicht nur eine Bestätigung der Regel sind, m. E. zu wenig durch individuelle Verschiedenheit erklärt und bewiesen.

Wern. H. Becker, Herborn.

— Cohn, Dr. Toby, Nervenarzt in Berlin, Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für Praktiker und Studierende. Fünfte vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 72 Abbildungen im Text und auf sechs Tafeln. 228 S. Berlin 1917, Verlag S. Karger. 10,20 M.

Den ersten Teil seines Buches widmet Verf. der Elektrodiagnostik; er gibt ausführliche physikalische und physiologische Vorbemerkungen, bespricht den Gang der Untersuchung nebst Veränderungen der Reaktion der Muskeln und motorischen Nerven, der elektrischen Untersuchungen der Sinnesorgane usw.

Der zweite Abschnitt enthält die Elektrotherapie, Heilwirkung und -wert des galvanischen und faradischen Stromes werden erörtert, die Prinzipien der Dosierung und Applikation u. a. mehr. Erschöpfend wird sodann das große Gebiet des speziellen Teiles dargestellt: Erkrankung von peripheren Nerven, Muskeln, Rückenmark und Gehirn, ferner funktionelle Leiden, Erkrankungen der Gelenke, der inneren und der Sinnesorgane. Sodann findet man alles Wissenswerte über die verschiedenen einschlägigen Apparate in Cohns Buch niedergelegt; die Hochfrequenz- und Laducschen Ströme, sowie die Kondensatorenentladungen bilden den Schluß.

Welches Kapitel man auch aufschlagen mag, immer tritt neben großer Sachkenntnis ein kritisch-abwägendes Bestreben hervor, das sich mit Recht scheut, die Elektrotherapie wahllos anzuwenden und zu verherrlichen.

Die Erfahrungen, die der jetzige Krieg auch auf diesem Gebiet mit sich brachte, sind nicht vergessen,

wenngleich auch ein abschließendes Urteil naturgemäß zurzeit noch nicht möglich ist.

Alles in allem kann die fünfte Auflage dieses Buches nur empfohlen werden. Kürbitz, Sonnenstein.

Therapeutisches.

— **Rheumasan.** Eine praktische Notiz im Anschluß an seine Tätigkeit auf der Nervenklinik der Kgl. Charité unter Geh.-Rat Ziehen bringt Dr. med. Ratner, Wiesbaden, in Nr. 18 der Fortschritte der Medizin. Er sagt dort bezügl. Rheumasan, daß er dieses unschätzbare Mittel in der Praxis nicht wieder missen wolle und führt weiter wörtlich aus:

„Im Anschluß an den Artikel über „Rheumasan" bei rheumatischen Erkrankungen aus dem österreichischen Gefangenenlazarett, diese Zeitschrift Nr. 6 d. Jahrg., möchte ich zur Ergänzung folgendes anfügen, das wohl nicht ohne praktisches Interesse sein dürfte.

Ich gehöre wohl mit zu den ersten, welche das „Rheumasan" in den Bereich der Therapie gezogen. Außer bei Rheumatismus habe ich es auch erprobt gefunden:

1. Bei allen nervösen Sensationen, Hyper- und Parästhesien.
2. Ganz besonders bei akuter Ischias, aber zuweilen auch bei chronischer.
3. Gegen Mastodynie sowie bei Brustschmerzen infolge Bronchitis, Influenza usw.
4. Bei Herzsensationen (Stiche, Schmerzen) organischer und nervöser Natur.

Personalnachrichten.

— **Bayern.** Befördert wurde der 3. Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal Wilhelm Schröppel, zum Anstaltsarzt an dieser Anstalt, der Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg, Dr. Hans Küffner, zurzeit im Felde, zum Anstaltsarzt an dieser Anstalt. Der Charakter eines Kgl. Medizinalrats wurde verliehen den Direktoren der Heil- und Pflegeanstalten Dr. Wilhelm Holterbach in Homburg, Dr. Gustav Kolb in Erlangen, Dr. Joseph Hock in Bayreuth.

Um Einsendung von Jahresberichten (falls nicht im Druck erschienen, Abschrift derselben), Personalnachrichten und Sonderabzügen an die Redaktion wird gebeten.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Neunzehnter Jahrgang. **Nr. 51. 1917/18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Dormiol

Billiges, zuverlässiges Schlafmittel.

Bewährt bei allen Formen der Schlaflosigkeit v. Geistesgesunden sowohl als auch von Geisteskranken.

Dormiol wird auch von **Herzkranken** gut vertragen.

Einlauf bei **Status epilepticus.**

Handelspräparate:
- Dormiol. solutum 1:1
- Dormiol-Kapseln zu 0,5 g Nr. VI. } Original-
- Dormiol-Kapseln zu 0,5 g Nr. XXV. } Packungen

Ausführliche Literatur durch:

KALLE & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.

Fruchtsäfte, Limonaden-Sirupe und -Essenzen

erzeugen in bekannt hervorragender Güte

J. Steigerwald & Comp., Heilbronn a. N.

Spezialfabrik mit Dampf- und elektrischem Betrieb. Zweigniederlassung: Karlsruhe (Baden)
Geschäftsgründung 1869.

Lieferanten vieler Behörden. —— Man verlange Proben. —— Glänzende Anerkennungen.

Fruchtsäfte, Limonadensirupe,





Grundstoffe und Essenzen

empfiehlt in anerkannt erstklassiger Qualität

S. Löwengardt, Heilbronn a. N.

Fruchtsaftpresserei, Limonaden-Essenzen-Fabrik mit Dampf- u. elektrischem Betrieb

Rufnummer 373 — Drahtanschrift: Löwengardt Heilbronnneckar.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 51. 16. März **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen.
Bezugspreis für das Vierteljahr 4,— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3mm hoch) 50 Pf. berechnet: Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Geheimer Sanitätsrat Dr. Wilhelm Alter †.

Nicht nur die schlesische Psychiatrie, nicht nur unser engerer Kreis von Fachgenossen, nein der gesamte Stand der Ärzte hat einen schweren Verlust erlitten, als am 13. Januar 1918 im fast vollendeten 75. Lebensjahre der langjährige Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Leubus nach ganz kurzem Krankenlager die Augen schloß. Er hatte, seitdem er — zwei Jahre vor Kriegsausbruch — in den Ruhestand getreten war, in stiller Zurückgezogenheit in einem kleinen Vorort im Süden von Breslau gelebt, und die Zahl derer, die der schlichten Feier im Trauerhause anwohnen konnten, war — den gegenwärtigen Zeitläuften entsprechend — nur eine geringe; viel größer war sicherlich die Zahl derer, die mit treuem Gedenken aus der Ferne teilnahmen, und über ganz Deutschland verbreitet der Kreis der Fachgenossen, die dem Entschlafenen eine hohe Schätzung und Sympathie entgegenbrachten und denen sein Hinscheiden eine schmerzlich empfundene Lücke bedeutet.

Der äußere Rahmen, in welchem das Leben W i l h e l m A l t e r s sich abgespielt hat, war ein eng gespannter, mit wenigen Daten sind die Wegzeichen seiner Laufbahn abgesteckt: Am 14. Mai 1843 als Sohn eines protestantischen Geistlichen in dem kleinen schlesischen Städtchen Prauß, Kreis Nimptsch, geboren, genoß er seine Gymnasial- und Universitätsbildung in Breslau; noch vor vollendetem medizinischen Staatsexamen nahm er an dem Kriege 1866 teil; am 24. Juli 1868 trat er als Volontärarzt an der Anstalt Leubus ein, am 1. November 1869 wurde er als dritter Arzt daselbst angestellt; am 25. Oktober 1871 übernahm er die Leitung und alleinige ärztliche Versorgung der Irren-Pflegeanstalt in Brieg. Am 4. Juli 1884 kehrte er als Direktor an die Anstalt zu Leubus zurück und wirkte als solcher dort ununterbrochen 28 Jahre bis zu seinem am 1. Oktober 1912 erfolgten Übertritt in den Ruhestand.

Auf einem hinterlassenen Zettel sind von der eigenen Hand des Verstorbenen diese Angaben eingetragen, ein schlichter Lebenslauf, das Leben eines Beamten. Und in der Tat, man kann sich aus der Persönlichkeit dieses Mannes die Art des preußischen Beamten nicht wegdenken: von peinlicher Pünktlichkeit und unbedingter Verläßlichkeit, geradlinig und korrekt, geordnet und zusammengerafft in allem, was er sagte und unternahm, treu und aufrecht, stets der Pflicht folgend, die ihm Richtschnur war für seine Neigung, so war er das Vorbild einer kraftvollen, harmonischen, geschlossenen Persönlichkeit, so kannten und schätzten ihn seine Vorgesetzten, so sahen und verehrten ihn seine Untergebenen. Seine Bedeutung aber war tiefer begründet. Gewiß war er ein trefflicher Beamter, aber er war nicht Nur-Beamter, er war Beamter geworden, weil das Wirken an einer öffentlichen Anstalt es so mit sich brachte und weil dies nicht anders sein konnte, deshalb war er es auch ganz und blieb dieser Seite seiner Stellung wahrlich nichts schuldig. Aber in erster Linie war er Arzt und Akademiker und fühlte sich als solchen. Auch für sein amtliches Denken und Handeln blieb stets das Bewußtsein leitend, daß ihm die Fürsorge für kranke Menschen anvertraut war. Er hatte einen außerordentlich hohen Begriff von der Bedeutung und Würde des ärztlichen Standes. Die Ethik des Berufs war ihm eine heilige Sache und aufs tiefste bewegte es ihn, als durch den Gang der sozialen Entwicklung und die Not der Zeit auch der Ärzteschaft die Widrigkeit von Lohnkämpfen nicht erspart blieb und die alte vornehme Tradition und Geltung des Standes bedroht schien. Er wurde Mitglied des ärztlichen Ehrenrats, er nahm die Wahl zur neuge-



gründeten schlesischen Ärztekammer an und übernahm in der Zeit der heftigsten wirtschaftlichen Kämpfe, obwohl selbst unbeteiligt, den Vorsitz im Ärzteverein seines Kreises. Hochhaltung des Standesbewußtseins und Pflege der kollegialen Gesinnung waren ihm Ausgangspunkt und Ziel und er zögerte nicht, mit ganzer Kraft in die Bresche zu springen. Die Reife seiner Erfahrung und sein unbeirrbares Taktgefühl schützten ihn dabei vor jedem Konflikt mit seinem amtlichen Wirken.

Als Student hatte Alter der alten Breslauer Burschenschaft der Raczeks zugehört und ein Nachhall der Begeisterung für die Jugendideale blieb in ihm dauernd wirksam. Wenn er auch, nachdem die Sehnsucht nach der deutschen Einheit erfüllt war, politisch im Laufe der Jahre ein gutes Stück weiter nach rechts gerückt war, so behielt das Wort „liberal" für ihn doch stets einen hehren Klang, und er machte Nahestehenden kein Hehl daraus, daß es ihm manchmal schwer ankam, mit der zunehmenden Bürokratisierung in der Verwaltung und im öffentlichen Leben sich abzufinden. Und wenn gar solche Bestrebungen in den eigenen Reihen sich zeigten wenn praktische Ärzte, Mitglieder eines freien Standes, ohne Not von sich aus auf Verstaatlichung hindrängten, war ihm dies besonders unerfreulich und unbegreiflich. Jede Einengung selbständiger Leistungs- und Entscheidungsfreiheit erschien ihm vom Übel, und wenn seine Person mit in Frage kam, konnte er sehr scharf, ja schroff in der Abwehr sein.

Geheimrat Alter hatte eine ausgezeichnete allgemeinärztliche Durchbildung, war ein trefflicher Praktiker und geschickt in allen, auch chirurgischen Verrichtungen. Und er war mit ganzer Seele bei dem von ihm erwählten psychiatrischen Beruf. Er hatte einen vorzüglichen Blick für die Eigenart der Kranken, ein instinktives Feingefühl für ihre Gemütsstimmung und inneren Regungen. Sein Verständnis floß aus dem Herzen. Humanität als Signatur des ärztlichen Wirkens war für ihn nicht eine Forderung und ein Schlagwort, sondern der unmittelbare Ausfluß seines Empfindens und persönlichen Art. Sie bestimmte den Ton und Geist, der in der Anstalt herrschte und übertrug sich auf seine Mitarbeiter, von denen viele selbst seither Anstalten leiten und den Segen, der von ihm ausging, weiter breiten helfen. Wie Geheimrat Alter den Kranken gegenüber sich gab, wie er mit ihnen sprach, sie anhörte und tröstete, jeden Wunsch beachtete und ihnen Behaglichkeit zu schaffen wußte, das war alles so selbstverständlich, kam so unmittelbar und menschlich einfach, daß die Wirkung nicht ausbleiben konnte. Und so genoß Geheimrat Alter denn auch ein ungewöhnliches Maß von Vertrauen und Verehrung bei all seinen Patienten, welchen Bevölkerungskreisen auch immer dieselben angehören mochten.

Wissenschaftlich-literarisch hat Alter sich nicht betätigt, doch verfolgte er dauernd — bis in die allerletzte Lebenszeit — die Fortschritte der Forschung und wo er nur immer konnte, förderte er das Streben jüngerer Kollegen und wirkte dahin, daß die Arbeit in der Anstalt stets von wissenschaftlichem Geiste beseelt blieb und den Anforderungen des jeweiligen Wissensstandes entsprach. Regelmäßig alljährlich in den Ferien wurden bis in die Mitte der 90 er Jahre sechswöchige Unterrichtskurse für Studenten abgehalten, eine Reihe von Doktordissertationen fand hierbei ihre Entstehung, dem reichbegabten Kollegen Richard Sandberg, dem leider so früh verstorbenen, bot er mehrmals durch Monate einen gastlichen Arbeitsplatz, und man darf wohl sagen, daß in bezug auf wissenschaftliches Leben die Anstalt Leubus unter Alters Leitung ihrem alten guten Ruf Ehre machte und hinter keiner anderen Anstalt zurückblieb. Auch in der inneren Ausgestaltung der Anstaltseinrichtungen hielt er stets mit der Zeit Schritt, der frühzeitigen Abschaffung der Zwangsmittel folgte später ein weitgehender Verzicht auf Zellenisolierung und die systematische Durchführung der Bettbehandlung, zunächst hauptsächlich in der öffentlichen Anstalt, später auf Anregung seines Sohnes (des jetzigen verdienten Direktors von Lemgo) auch in der Pensionsanstalt, welche von jener völlig losgetrennt ist und nicht nur wegen des anspruchsvolleren Krankenmaterials, sondern auch wegen der Eigenart der räumlichen Anlage solchen Umwandlungen besondere Schwierigkeiten bot. Auch Dauerbäder wurden selbstverständlich eingerichtet und schließlich die Modernisierung der Anstalt durch Neubauten für 800 Kranke und ausgedehnten landwirtschaftlichen Betrieb vervollständigt.

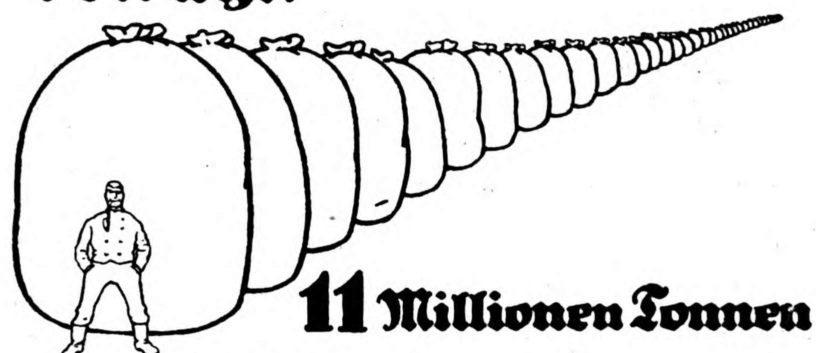
Mit Vorliebe nahm Alter an den Versammlungen der Fachgenossen teil und war dort mit seiner Empfänglichkeit für jede neue Anregung und mit seiner prächtigen Freude an kollegialer Gemeinschaft und zwangloser Fröhlichkeit eine der sympathischsten, allgemein verehrten Erscheinungen. Ihm selbst war der Austausch der Meinungen von je ein inneres Bedürfnis und der Ostdeutsche Verein für Psychiatrie hat ihm, der sich vor 45 Jahren mit vier Gleichgesinnten zusammentat, seine Begründung mit zu danken. Bis in sein letztes Lebensjahr hat er, seit 10 Jahren als Ehrenmitglied, fast



Z. L.

Deutschlands jährliche Kaliförderung

beträgt:



– die Gesamtförderung aller übrigen Länder nur: 0

Deutschlands Kohlenlager

betragen:



Englands:



Auf solchen Wirtschaftskräften beruht die Sicherheit der Kriegsanleihen – darum zeichnet!

allen wissenschaftlichen Sitzungen des Vereins beigewohnt und er hat durch die eigene rege Teilnahme auch am geselligen Beisammensein viel zur persönlichen Annäherung der Kollegen beigetragen. In diesem Kreise wird sein Fehlen ganz besonders beklagt werden.

Das Bild des teuren Entschlafenen wäre unvollständig, wenn nicht auch der Gastlichkeit gedacht würde, mit welcher Geheimrat Alter in glücklichen Tagen sein Haus den Freunden und vor allem den Assistenzärzten zu zwanglosem Familienverkehr jederzeit offen hielt. Und nur wer die Innigkeit seines Verhältnisses zu den Seinigen, diese gegenseitige zarte Rücksichtnahme und fürsorgliche Liebe aus der Nähe geschaut hat, konnte das volle Verständnis gewinnen für die Gemütsart dieses kraftvollen, kerndeutschen Mannes. Sein Andenken wird in den Herzen der vielen, denen er Treue hielt, in Dankbarkeit fortleben.

Dr. Clemens Neisser.

Beobachtungen über die Anstaltsruhr.

Von Obermedizinalrat Dr. **Dehio,** Kgl. sächsische Landesanstalt Zschadraß.

(Schluß.)

Unter den vielgestaltigen Einzelformen lassen sich als besonders auffallende Formen folgende hervorheben, die auch an der Leiche Besonderheiten zeigten und zwischen die die übrigen eingeordnet werden können. Als erste und ganz besonders kennzeichnende möchte ich die rasch innerhalb der ersten oder zweiten Woche zum Tode führende Form nennen. Diese Fälle traten namentlich zur Zeit eines Wiederansteigens der Epidemie auf und waren unzweideutige Vorboten einer erneuten Ausbreitung der Krankheit. Namentlich häufig und ausgesprochen wurden sie im Herbst 1915 in Colditz beobachtet. In den akutesten Fällen kam es überhaupt nicht zum Auftreten von Ruhrstühlen. Unter heftigen Durchfällen bei hohem Fieber, gänzlich fehlendem Nahrungsbedürfnis und rasch zunehmendem Kräfteverfall trat in wenigen Tagen der Tod an Erschöpfung ein. In allen diesen Fällen zeigte der Darm das mehr weniger ausgeprägte Bild der Darmdiphtherie, doch konnte immer festgestellt werden, daß neben dem gewohnten Hauptsitz im Mastdarm und ganzen Dickdarm auch die Klappengegend bevorzugt war und nur selten der untere Teil des Dünndarms nicht an der Erkrankung teilnahm. Zuweilen war die Veränderung hier so ausgesprochen, daß die Mastdarmerkrankung demgegenüber zurücktrat. Überhaupt ist auch in den Fällen mit chronischem Verlauf eine alleinige Beteiligung des Mastdarmes nur selten festgestellt worden, und dann zeigten auch oberflächliche Narben eine frühere Erkrankung der oberen Darmteile an. Ganz regelmäßig fand sich aber in den akuten Fällen ein ausgesprochener Magen-Zwölffingerdarmkatarrh, der gewöhnlich bis zur Mitte des Zwölffingerdarmes reichte, und Schwellung und mäßige Trübung der Nieren; die Milz war klein und welk, nur bei Mischinfektion mit Eitererregern fand sich eine entsprechende Milzschwellung. An den übrigen Organen waren für gewöhnlich keine wesentlichen Abweichungen festzustellen. Dieser Befund erinnert so sehr an bekannte Vergiftungen, daß man ihn unwillkürlich wie den schweren Verlauf der Erkrankung auf eine reine Giftwirkung der Infektion zurückführen möchte.

Ähnlich, wenn auch nicht immer so ausgeprägt, war der Befund, wenn der tödliche Ausgang bei chronischem Verlauf in einem Rückfall erfolgte.

Diese zweite, chronisch-rezidivierende Form, bei der unter anhaltenden Durchfällen von Zeit zu Zeit erneute Rückfälle mit ein- bis mehrtägigem Temperaturanstieg, erneuten Schleim- und Blutbeimengungen im Stuhlgang und Verschlimmerung sämtlicher Krankheitserscheinungen auftraten, war ein recht häufiges Bild und konnte als typische Form der chronischen Ruhr in unserer Epidemie angesehen werden. In vielen Fällen trat Genesung ein, doch neigte die Erkrankung zu tödlichem Siechtum. Der anatomische Befund ist im wesentlichen der oben geschilderte, frische diphtherische Darmveränderungen neben ausgeheilten Stellen, die durch glatte, rundliche Schleimhautnarben und eine eigenartig graue Verfärbung der Schleimhaut kenntlich waren. Nur in wenigen Fällen wurde das in den Lehrbüchern so eingehend geschilderte Bild gefunden, das gewöhnlich als anatomische Grundlage der chronischen Ruhr angesehen wird, der ausgebreitete geschwürige Zerfall der Schleimhaut und der tieferen Schichten der Darmwand. In den beobachteten Fällen konnten unzweideutige Zeichen einer Mischinfektion festgestellt werden, Vereiterung der mesenterialen Lymphdrüsen, Lungen-



abszeß und Milzschwellung, während sonst eitrige Vorgänge vollständig zu fehlen pflegten. Hier ließ auch das Aussehen der Darmveränderung die Deutung zu, daß zu dem diphtherischen Zerfall der Schleimhaut eine phlegmonöse Entzündung hinzugekommen war.

Aber neben dieser rezidivierenden Form kam es in einer Reihe von Fällen zu chronischem Verlauf ohne ausgesprochene Rückfälle. Nach dem Schwinden der akuten Erscheinungen blieben die Durchfälle bestehen, wurden aber seltener und massiger, Blut- und Schleimbeimengungen blieben mit der Zeit fort, der Stuhl bekam oft jenen eigentümlich süßlich-widerlichen Geruch, den auch Weber bei seinen chronischen Fällen beobachtet hat, der Appetit ließ nach und die Kranken verfielen einem meist unaufhaltsamen Siechtum. Bei reinem Verlauf blieben Temperatursteigerungen aus und der Tod erfolgte an allgemeiner Schwäche. Die Leichenöffnung ergab wohl in einzelnen Fällen in der Heilung begriffene Reste der Darmdiphtherie, die aber niemals zur Erklärung des Siechtums ausreichten, oft konnte sogar vollständige glatte Heilung mit guter Narbenbildung festgestellt werden. Selbst die Annahme einer Atrophie der befallenen Darmschleimhaut infolge Narbenbildung, die das unbewaffnete Auge nicht zu erkennen vermochte, gab keine befriedigende Erklärung für den tödlichen Ausgang, abgesehen davon, daß von pathologisch-anatomischer Seite eine solche Atrophie der Darmschleimhaut nicht anerkannt wird. Es bleibt nur die Annahme einer siechtumerzeugenden Wirkung des Ruhrgiftes übrig, die bei dafür empfänglichen Menschen auftreten kann. Schon Pfeiffer soll in seinen Untersuchungen über Giftwirkung der Ruhrerreger zu der Annahme einer marantischen Komponente gekommen sein. Jürgens betont, daß zuweilen der Marasmus so in den Vordergrund tritt, daß die lokalen Erscheinungen entgehen können. Endlich hat neuerdings Lüdke aus den Ruhrbazillen eine neurotoxische, eine hämolysierende und eine marantische Giftkomponente dargestellt und über schwere Anämien nach Ruhr und Typhus, die durch solche hämolysierende Stämme erzeugt waren, berichtet. Ich stehe nicht an, auch ohne bakteriologische Untersuchungen unsere Beobachtungen in dieser Weise zu erklären. (Vgl. dazu die Mitteilungen Schroeders über Anazidität und Bradykardie als Folgezustand der Ruhr.)

Gestützt wird diese Auffassung noch durch den in sehr vielen chronischen Fällen beobachteten Übergang in Tuberkulose. Schon ganz im Beginn der Epidemie fiel auf und wurde durch besondere anatomische Untersuchung zweifellos festgestellt, daß im Anschluß an den akuten Ruhranfall, wenn in der Leiche noch frische Verschorfungen bestanden, daneben frische Schleimhautgeschwüre gefunden wurden, die ganz unzweifelhaft tuberkulös waren. Einmal darauf aufmerksam geworden, konnte in einer großen Zahl von Fällen der Übergang in Darmtuberkulose und die Tuberkulose als Nachkrankheit der Ruhr festgestellt werden. Keineswegs war es immer eine Darmtuberkulose. Oft entwickelte sich nach Überstehen des Ruhranfalls eine galoppierende Lungenphthise schwerster Form, wie sie selbst der Irrenarzt, der rasch fortschreitende Formen der Lungenschwindsucht gewohnt ist, nur selten zu sehen bekommt. Oder bei der Leichenöffnung eines an chronischer Ruhr Verstorbenen wurden als nahezu regelmäßiger Befund im Bereich der so häufig als Nebenbefund vorhandenen alten Lungennarben eine ganz frische und sichtlich in rascher Entwicklung begriffene tuberkulöse Aussaat gefunden. Ein zufälliges Zusammentreffen beider Erkrankungen möchte ich ausschließen, dazu waren die Zusammenhänge zu greifbar. Selbst in der statistischen Zusammenstellung der Ruhrerkrankungen und der Todesfälle an Tuberkulose auf der hiesigen Frauenabteilung tritt dieser Zusammenhang darin hervor, daß jedem Anstieg der Ruhrerkrankungen nach einem halben Jahre eine Zunahme der Todesfälle an Tuberkulose folgt (s. Tabelle 3). Mögen immerhin die Erkrankungen an Schwindsucht infolge der Herabsetzung

Tabelle 3.

Zusammenstellung der Zahl der Erkrankungen an Ruhr und der Todesfälle an Tuberkulose zu Vierteljahren auf der Frauenabteilung in Zschadraß.

	Erkrankungen an Ruhr	Todesfälle an Tuberkulose
1914: 1. Vierteljahr . .	11	—
2. Vierteljahr . .	3	—
3. Vierteljahr . .	22	3
4. Vierteljahr . .	—	2
1915: 1. Vierteljahr . .	2	2
2. Vierteljahr . .	3	2
3. Vierteljahr . .	17	2
4. Vierteljahr . .	9	4
1916: 1. Vierteljahr . .	2	9
2. Vierteljahr . .	8	10
3. Vierteljahr . .	34	4
4. Vierteljahr . .	13	—
1917: 1. Vierteljahr . .	68	12
2. Vierteljahr . .	38	23
3. Vierteljahr . .	45	22
4. Vierteljahr . .	7	17



der Ernährung zugenommen haben, der klinische Verlauf, die Entwicklung der Tuberkulose unmittelbar aus der Ruhr, ihr ganz auffällig rasches Fortschreiten mit Neigung zu ausgebreitetem Zerfall des Lungengewebes, wie man ihn sonst nicht findet, bei Darmgeschwüren eine ganz unverhältnismäßige Beteiligung sämtlicher mesenterialer Lymphdrüsen weisen auf die Eigenart der Fälle hin. Das Auftreten der Ödemkrankheit im verflossenen Winter infolge der ungenügenden Ernährung bot ein gutes Gegenbeispiel. Hier konnte eindeutig festgestellt werden, daß die Erkrankungen ganz unabhängig von den Ruhrerkrankungen auftraten. Wohl waren auch bei der chronisch-marantischen Ruhrform, was ich bei der Schilderung des anatomischen Befundes übergangen habe, zuweilen Ergüsse in die Körperhöhlen gefunden worden, niemals wurde aber die so bezeichnende Gesichtsschwellung beobachtet. Wohl aber kam es umgekehrt vor, daß Ödemkranke an der Ruhr erkrankten und daran zugrunde gingen. Das Auftreten der Ödemkrankheit innerhalb der Anstalt war außerdem eng an die Zeit der besonders ungünstigen Ernährung gebunden. Bei Durchsicht der Todesfälle der letzten Jahre beider Anstalten möchte ich die meisten Opfer der Ruhr diesem Zusammenhang mit der Tuberkulose zur Last legen, der in der Statistik nicht so deutlich erscheint, weil die nachfolgende Tuberkulose vom Ruhranfall zeitlich vollständig getrennt auftreten kann. Bemerken möchte ich noch, daß ich nicht etwa eine tuberkulöse Infektion der dysenterischen Darmgeschwüre annehme. Dagegen spricht abgesehen davon, daß häufig die Tuberkulose als Lungenschwindsucht der Ruhr folgte, der Sitz der tuberkulösen Darmgeschwüre an ihren gewohnten Stellen im Dünndarm, gänzlich unabhängig von dem diphtherischen Schleimhautzerfall.

Die Bekämpfung der Epidemie erfolgte von Anfang an nach den gewohnten Grundsätzen, sofortige Absonderung jedes verdächtigen Krankheitsfalles, Einrichtung einer Ruhrabteilung mit strenger Absonderung aus dem Anstaltsverkehr und ausgiebige Desinfektion bei jedem verdächtigen Falle. Trotzdem ist es, wie die Tabelle zeigt, nicht gelungen, den Gang der Epidemie zu beeinflussen, man müßte denn das zeitweilige Abflauen der Krankheit auf die getroffenen Maßnahmen zurückführen und ihr Wiederauftreten dem Nachlassen der Vorsichtsmaßregeln zuschreiben. Daraus, daß eine Erkrankung nur bei besonders ausgesprochener Krankheitsbereitschaft erfolgte und die Krankheit ganz unvermutet an den verschiedensten Stellen der Anstalt auftrat, darf man aber wohl den Schluß ziehen, daß eine große Anzahl von Zwischenträgern irgendwelcher Art, zeitweilige oder dauernde Bazillenwirte vorhanden sind, die die Krankheitserreger überall ausstreuen und ihnen Gelegenheit geben, ihre Opfer zu finden. Die sorgfältigste Beobachtung hat jedenfalls niemals mit Sicherheit einen bestimmten Herd auffinden lassen, von dem die Erkrankungen ihren Ausgang nahmen. Freilich fehlt die bakteriologische Verfolgung der Epidemie.[2]) In der Anstalt Untersuchungen vorzunehmen, dazu fehlten die erforderlichen Kräfte, trotzdem die Hilfsmittel dazu vorhanden sind, und die Untersuchungen am andern Ort, in Leipzig oder Dresden vornehmen zu lassen, erschien nach den gelegentlich wiederholter Typhuserkrankungen gemachten Erfahrungen bei den bekannten Eigentümlichkeiten der Dysenterieerreger von vornherein aussichtslos. Die Behandlung des Einzelfalles war die übliche, es wurden die verschiedensten Behandlungsweisen versucht, ohne daß eine von ihnen besonders hervorstechende Erfolge gezeigt hätte. Die vielgerühmte Bolus- und Tierkohle-Behandlung wurde auch längere Zeit geübt, aber bei dem Ausbleiben deutlicher Erfolge und ihren vielen Unbequemlichkeiten für den Kranken aufgegeben. Da nach der hiesigen Auffassung für die Schwere und den Ausgang des Einzelfalles die verschiedensten nicht von der Ansteckung abhängigen Umstände verantwortlich sind, so kann von dieser nur gegen die Vermehrung der Erreger im Darme gerichteten Behandlungsweise ein durchschlagender Erfolg auch nicht erwartet werden.

Ein Vergleich der hiesigen Ruhrepidemie mit den in der Literatur, namentlich von Kruse und Weber gegebenen Schilderungen und den Erfahrungen, die ich früher in andern Anstalten gemacht habe, läßt wesentliche Unterschiede nicht erkennen. Gemeinsam ist vor allem die Beschränkung der Krankheit auf bestimmte Zustandsformen unter den Anstaltsinsassen und im Einzelfalle die geringe, zuweilen gänzlich fehlende Ausbildung der besonderen Ruhrerscheinungen trotz entsprechendem anatomischen Befunde. Dadurch unterscheidet sie sich wesentlich von der epidemischen Ruhr im engeren Sinne und kennzeichnet sich als

---

[2]) In einem Falle, bei dem oben erwähnten, an akutester Ruhr verstorbenen Ty.-Dauerausscheider, ergab die im pathologischen Institute des Kgl. Krankenstiftes Zwickau vorgenommene Untersuchung, für deren Vornahme ich Herrn Prof. Risel besonders zu danken habe, im Inhalte des Dünn- und Dickdarmes und in der Galle zahlreiche Dysenteriebazillen, die auf allen Nährböden das typische Verhalten zeigten und auch von agglutinierendem Ruhrserum Flexner agglutiniert worden sind.

Pseudodysenterie im Sinne Kruses. Sie ist aber bemerkenswert durch ihre besondere Schwere, sowohl im Einzelfalle wie auch in der Ausbreitung, und die damit zusammenhängende Ausprägung besonderer Krankheitseigentümlichkeiten. Welche Umstände dafür verantwortlich zu machen sind, muß vorläufig dahingestellt bleiben. Möglicherweise ist die durch die Zeitverhältnisse bedingte Herabsetzung der Ernährung die Ursache, doch würde die Bevorzugung der Frauenabteilung dagegen sprechen, scheint doch das weibliche Geschlecht besonders widerstandsfähig gegen die Folgen der verminderten Ernährung zu sein. Vielleicht können eingehendere Untersuchungen, zu denen jetzt die Zeit fehlt, hierüber und über manche andere Fragen Auskunft geben.

Literatur:

Jürgens, Dysenterie. Spezielle Pathologie und Therapie von Kraus und Brugsch, Bd. II, 1.
Kruse, Vortrag in der Versammlung der Irrenärzte der Rheinprovinz Nov. 1900. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 58, S. 503.
Derselbe, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 64, A. 182.
Derselbe, Über die Veränderlichkeit der Seuchen, insbes. des Typhus und der Ruhr. Münch. med. Wft. 1917 Nr. 40, Feldärztliche Beilage.
Kittsteiner, Erfahrungen über leichte Ruhrfälle. Münch. med. Wft. 1915 Nr. 51.
Löw, Über Tuberkulose in Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 73 S. 443.
Lüdke, Über drei Kriegsseuchen. Münch. med. Wft. 1917 S. 951.
Reiche, Weitere Erfahrungen und Lehren auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung. 1916.
Schmidt und Kaufmann, Über chronische Ruhr. Münch. med. Wft. 1917, 23, Feldärztliche Beilage.
Schröder, Über Folgezustände der Ruhr. Dtsch. med. Wft. 1917 S. 1162.
Weber, Über ruhrartige Erkrankungen in Irrenanstalten. Vortrag in der VI. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen 1900 zu Halle. Arch. f. Psych. Bd. 34 S. 324.

Mitteilungen.

— Der Schatzmeister des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** Ob.-Med.-Rat Dr. Kreuser hat im Einverständnis mit dem Vorstande folgenden Antrag gestellt:

„Die Jahresversammlung des Vereins 1918 bestimmt einen Betrag von 2000 M. zur Miete auf ein Jahr für einen Arbeitsplatz an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, der durch den Vorstand an Mitglieder des Vereins vergeben werden kann."

Zur Begründung dieses Antrages verweist er darauf, daß die wachsende Mitgliederzahl des Vereins gestattet hat, aus den bescheidenen Jahresbeiträgen regelmäßige Überschüsse zu erzielen. Aus diesen ist ein Vereinsvermögen an Wertpapieren — namentlich Kriegsanleihen — erworben worden, dessen Nennwert jetzt den Betrag von 20 000 M. überschritten hat und das einen jährlichen Zinsenertrag von mehr als 800 M. abwirft, während an Mitgliederbeiträgen auf jährlich 3000 M. gerechnet werden darf.

Die laufenden Ausgaben des Vereins haben einschließlich namhafter Sonderausgaben den Betrag von 1500 M. nie überschritten. Es darf daher mit einem regelmäßigen Einnahme-Überschuß von wenigstens 2000 M. gerechnet werden.

Sind früher aus den Einnahme-Überschüssen wiederholt namhafte Beiträge zur Heinrich-Laehr-Stiftung abgeführt worden, so gestattet es der günstige Stand dieser Stiftung sehr wohl, neue Ziele ins Auge zu fassen und ohne Gegensatz zu ihren Zwecken in erster Linie die verfügbaren Mittel zur Förderung wissenschaftlicher Betätigung der Vereinsmitglieder an der stolzen Errungenschaft der psychiatrischen Forschungsanstalt zu verwenden.

— **Die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** ladet zu der zweiten Kriegstagung, welche am 7. April 1918 in Leipzig stattfinden soll, ein. Anmeldung von Vorträgen an Geh. Rat Prof. Dr. Flechsig, Leipzig, Windmühlenweg 26.

— **Johannisheim,** Bahnstation Leutesdorf a. Rh. In Johannisheim ist ein Kur- und Erholungsheim, unter ärztlicher Leitung von Direktor Dr. Adams im gegenüberliegenden Andernach, begründet worden, das unmittelbar am Rhein landschaftlich und gesundheitlich wundervoll gelegen, zur Erholung für Leichtkranke, Überanstrengte, Rekonvaleszenten, Nervöse, Erschöpfte, aber auch für solche, die aus Gesundheitsrücksichten vom Alkohol, Nikotin usw. abstinieren wollen, dient.

Referate.

— **Zur Regelung der Lippischen Irrenfürsorge,** nach Anregungen von Alter, Müller und Friedländer. Fürstl. Lippischer Kalender auf 1918.

Ausführliche und zahlenmäßig begründete Anregung, in Lippe Geldleistung für die Fürsorge für die Anstaltskranken Selbstzahlern, Behörden, Landarmenverband und Amtsgemeinden abzunehmen und auf eine allgemeine Versicherungspflicht für jede Person aufzubauen.

Zunächst würde, so führen die Verff. aus, die Anstalt Lindenhaus ihrem ursprünglichen und selbstver-



ständlichen Zweck, in erster Linie der Lippischen Irrenfürsorge zu dienen, wieder zugeführt werden, denn es ist zweifellos ein unnatürlicher und auch unhaltbarer Zustand, daß die Lippische Staats-Irren-Anstalt nur zur Hälfte mit Lippischen Landeskindern besetzt und im übrigen auf Überweisungsverträge mit fremden Verwaltungen angewiesen ist, um ihre materiellen Grundlagen überhaupt nur mit Mühe und Not zu sichern — während im eigenen Lande zahlreiche Geisteskranke vorhanden sind, die die Anstaltsfürsorge in Anspruch nehmen würden, wenn sie die Kosten bestreiten könnten.

Auch die schwierigen Verhältnisse gegenüber den einzelnen zur Zahlung verpflichteten Angehörigen und Behörden mit allen durch sie begründeten Unzulänglichkeiten und Unerquicklichkeiten würden auf diese Weise mit einem Schlage beseitigt werden. B.

— **Die phonetische Behandlung von stimm- und sprachbeschädigten Kriegsverwundeten und -erkrankten.** Bericht von Helmcke, Pancoucelli und Weygandt. S.-A. aus Internat. Ztrbl. f. exper. Phonetik „Vox" 1917 Heft 2/3.

In einem Hause der hamburgischen Staatsirrenanstalt Friedrichsberg (Direktor: Prof. Dr. Weygandt) wurde im Juli 1916 eine Sprachstation errichtet: das Phonetische Laboratorium zu Hamburg stellte Hilfskräfte und Apparate zur Verfügung. Der vorliegende erstjährige Bericht bringt die Beschreibung von Einrichtung und 78 behandelten Fällen, solchen mit organischen Störungen der Zentralorgane, des peripheren Systems, der Stimm-, Sprach- und Gehörwerkzeuge und solchen mit funktionellen Störungen. Eine sehr reichhaltige, für Fachärzte besonders lesenswerte Kasuistik. Bei den mitgeteilten Kopfschüssen brachte die Behandlung wenig Erfolg. B.

— **Zentralblatt für Psychologie und psychologische Pädagogik** (mit Einschluß der Heilpädagogik). Herausgeber W. Peters, Würzburg. II. Band 7./8. Heft. Würzburg 1917, C. Kabitzsch.

Auch dieses Heft enthält wieder eine sehr reichhaltige und vielseitige Sammlung von Referaten aus dem Programm, das sich die Zeitschrift gesetzt hat, und kann bestens zur Orientierung empfohlen werden.

Bresler.

Buchbesprechungen.

— Bing, Robert: Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. 3. Aufl. Berlin-Wien 1917, Urban & Schwarzenberg.

Das innerhalb acht Jahren nun schon in dritter Auflage erscheinende, 235 Seiten starke und für den mäßigen Preis von 7 M bereits zu habende Buch zeichnet sich durch wundervolle Klarheit aus, führt den der Nervenheilkunde Fernstehenden bei jedem Abschnitt und Unterabschnitt in die Anatomie und Physiologie des Hirns und Rückenmarks ein, dabei alles praktisch Unwichtige übergehend und selbst in den meist schematisch gehaltenen Zeichnungen der Übersicht halber nur das bringend, was gerade erläutert werden soll.

Die Einteilung des Stoffes ist folgende. Im ersten Hauptabschnitt wird die topische Diagnostik der Rückenmarksläsionen behandelt (Unterabteilungen: A. Querschnittsdiagnostik, B. Höhendiagnostik), im zweiten die topische Diagnostik der Hirnläsionen (Unterabteilungen: A. Läsionen im Bereiche des Hirnstammes, B. Läsionen des Kleinhirns, C. Läsionen des Großhirns, der Stammganglien, der Hypophyse).

Auch die rein klinischen Teile des Buches werden durch zahlreiche Abbildungen anschaulicher gemacht. Äußerst plastisch und instruktiv zugleich ist z. B. die Illustration zum Babinskischen Phänomen. Neu war mir auch die Art der Darstellung der verschiedenartigen Innervation der Extremitätenmuskulatur durch schematische Querschnitte mit differenzierter Zeichnung der einzelnen Muskelquerschnitte. Sehr empfehlenswert für Ferienkurse, für Examenskurse u. dgl. Zum Teil werden bei den einzelnen Bildern auch Farben zur Hilfe genommen, z. B. wenn der Verlauf der Optikusfasern illustriert werden soll. Gleich instruktiv ist aber auch der Text. Bei der offenbar vorzüglichen Sachkenntnis des Verfassers kommt der Lehrer mit außerordentlicher Klarheit und der Sicherheit, gerade das Prägnanteste seinem Hörer vor Augen zu führen, voll zur Geltung.

Wern. H. Becker-Herborn.

— Loewenfeld: Die Suggestion in ihrer Bedeutung für den Weltkrieg. Wiesbaden 1917, Bergmann.

In der 54 Seiten starken Schrift zeigt uns der Psychologe von Fach, eine wie große Rolle im gegenwärtigen Weltkrieg die Suggestion spielt, und zwar meist zu unserem Schaden, indem die Kriegsursachen bereits auf suggestiver Beeinflussung der großen Masse im russischen, französischen und sogar dem kalt berechnenden englischen Volke basierten. Der Lügen- und Verleumdungsfeldzug gegen Deutschland hat denn immer wieder durch seine Wirkung auf die Massen das Kriegsfeuer genährt. Eine besonders eingehende Besprechung erfährt hierbei die Antwort der Ententemächte vom 30. Dezember 1916 auf das deutsche Friedensangebot. „Die Suggestion hat sich, wie wir sehen, für den Weltkrieg als ein Faktor von enormer Tragweite erwiesen, ein Faktor, der schon unter den Veranlassungen des Riesenkampfes eine erhebliche Rolle spielte und für dessen Fortsetzung von wesentlichem Einfluß war", lautet einer der Schlußsätze des für den Psychiater ebenso interessanten Aufsatzes wie für den Patrioten.

Wern. H. Becker-Herborn.

Personalnachrichten.

— **Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Neustadt i. Holstein.** Hilfsarzt Dr. Kristel ist am 28. Februar 1918 aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden.

Heldenmutter und Eisernes Kreuz.

Hunderttausende deutsche Mütter trauern um ihre Söhne. In Blut und Wunden der Niederkunft, und gar oft unter höchster Lebensgefahr, schenkten sie dem



Vaterland die künftigen Verteidiger, nicht wenige ertrugen fünfmal und öfter die Angst und Schmerzen der Geburt; gar manche aber hat nun alle ihre Söhne verloren.

Im Herzen vieler dieser Heldenmütter triumphiert Stolz und Vaterlandsliebe über Trauer, aber unzählige sind für immer gebeugt!

Da sollte der Dank des Vaterlands nicht ehrenvollen und erhebenden Ausdruck finden?

Wäre es nicht die würdigste und sinngemäßeste Auszeichnung, wenn jede Mutter, die einen Sohn im blutigen Kampf verloren, das Eiserne Kreuz, das er durch seinen Heldentod verdiente, an ihrer Brust trüge, und die Mutter, die mehr als einen Sohn opferte, ebensoviel Spangen an dem Kreuz? (Nicht das Kreuz, wie es der Krieger trägt, sondern vielleicht kleiner, aber auch am schwarzweißen Bande.)

In den Müttern liegt die Zukunft eines Volkes. Die Nation, die Rasse ist so lange lebensfähig und unausrottbar, als bei ihr die Frau als Mutter heilig gehalten und geschützt wird.

Nation heißt, dem Ursprung des Wortes nach, Gebärung, Geburt; nicht ohne tiefen Grund und Sinn war bei den alten Römern, den Weltbezwingern, mit dem Worte Nation derjenige Begriff Volk verbunden, bei dem man vor allem an seine Fruchtbarkeit und Rasse denkt. B.

Aufruf!

Während im Osten die Morgenröte des Friedens heraufdämmert, wollen unsere verblendeten westlichen Gegner die Hand zum Frieden noch nicht reichen. Sie wähnen noch immer, uns mit Waffengewalt zu Boden ringen zu können. Sie werden erkennen müssen, daß das deutsche Schwert die alte Schärfe besitzt, daß unser braves Heer unwiderstehlich im Angriff, unerschütterlich in der Verteidigung, niemals geschlagen werden kann. Von neuem ruft das Vaterland und fordert die Mittel von uns, die Schlagfertigkeit des Heeres auf der bisherigen stolzen Höhe zu halten. Wenn alle helfen, Stadt und Land, reich und arm, groß und klein, dann wird auch die 8. Kriegsanleihe sich würdig den bisherigen Geldsiegen anreihen, dann wird sie wiederum werden zu einer echten deutschen Volksanleihe.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.



Neunzehnter Jahrgang. Nr. 52. 1917/18.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Korrespondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benutzung amtlichen Materials redigiert von Sanitätsrat **Dr. Joh. Bresler**, Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Schriftleiter:
Sanitätsrat Dr. **Joh. Bresler,**
Lüben (Schlesien).

Verlag und Ausgabe: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernsprecher Nr. 6823.

Nr. 52. 30. März **1917/18.**

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung, die Post sowie die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Bezugspreis für das Vierteljahr 4.— M. — Bei Anzeigen wird für die 3 gespaltene Grundzeile (3 mm hoch) 50 Pf. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Nachlaß gewährt. — Zuschriften für die Schriftleitung sind an San.-Rat Dr. Bresler in Lüben i. Schl. zu richten.

Inhalt:

Die allgemeine nervöse Erschöpfung.

Von Dr. **Quaet-Faslem,** leitender Arzt des Provinzial-Nervensanatoriums Rasemühle bei Göttingen.

(Nach einem Vortrag, gehalten in einer Militärärzteversammlung in Göttingen.)

Die allgemeine nervöse Erschöpfung ist eine Erkrankung, die zum Nachteil des Arztes, aber auch des Kranken daran leidet, daß sie symptomatisch nicht scharf zu umgrenzen ist, häufig körperlich so gut wie gar keine Symptome bietet und daher für den Kranken den nicht zu unterschätzenden Nachteil in sich birgt, daß er leichthin beurteilt, in der Schwere seiner Erkrankung unterschätzt und daher von Gesunden gehänselt, nicht selten auch vom Arzt verkannt wird. Gerade letzterer Umstand läßt es mir wünschenswert erscheinen, einmal von dieser Krankheit zu sprechen, wenn auch im Rahmen eines kurzen Aufsatzes weniger ausführlich, als ich der Bedeutung der Erkrankung entsprechend wohl möchte.

Eine scharfe Definition dieser Erkrankung läßt sich schwer geben, da sie kein fest abgeschlossenes Krankheitsbild bildet, sondern von einer großen Reihe wohl bekannter und symptomatologisch bis zu gewissem Maße abgeschlossener Nerven- und Geisteskrankheiten Teilerscheinungen in sich aufgenommen hat, wobei fließende Übergänge zu diesen Krankheitsbildern, wie z. B. zur Melancholie, zur Hypochondrie, zur Hysterie, zu den Erschöpfungspsychosen und schließlich auch zur Paranoia vorhanden sind. Wir können uns etwa der Definition Binswangers über die Neurasthenie anschließen, der die neuropathischen Krankheitserscheinungen zusammenfaßt, die auf dem Boden einer allgemeinen funktionellen Erkrankung des Nervensystems erwachsen sind, jedoch nicht den voll entwickelten funktionellen auf gleichem Boden entstandenen Psychosen und Neurosen wegen ihres unfertigen Charakters zugerechnet werden können.

Wir kommen dem Wesen der Erkrankung am besten näher, wenn wir die Hauptsymptome kurz hervorheben, nämlich: Ermüdung oder besser Erschöpfung bis zur völligen Erschlaffung, Willensschwäche, Mangel an Dispositions- und Entschlußfähigkeit und labile Gemütsstimmung.

Es handelt sich nach Cramer um eine Herabsetzung der Lustgefühle, infolgedessen Verbreitung ausgeprägter Unluststimmung und daneben um eine gewisse Übererregbarkeit in einzelnen Provinzen des Zentralorgans, wodurch ein Gefühl allgemeiner Insuffizienz und Abgeschlagenheit hervorgerufen wird.

Die Kranken fühlen sich meist in diesem Zustande des allgemeinen Versagens geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit sehr unglücklich und sind in der überwiegenden Mehrzahl für die ärztliche Hilfe dankbar, weil sie ihr Zustand, wenn er ihnen auch oft auf Grund unbewußt übertriebener Empfindlichkeit schwerer erscheint, als er in Wirklichkeit ist, sehr quält.

Streng ausscheiden müssen wir natürlich jede anatomisch nachweisbare krankhafte Veränderung des Zentralnervensystems, die im Gehirn oder Rückenmark ihren Sitz hat und meist mit dem Begriff der Unheilbarkeit verbunden werden muß.

Zweckmäßig erscheint, namentlich für die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen für die Pro-



gnose und auch für die Gesamtbeurteilung eine Einteilung in gewisse symptomatisch verschiedene Unterabteilungen etwa folgendermaßen:

1. Allgemeine nervöse Erschöpfung ohne Komplikationen.
2. Allgemeine nervöse Erschöpfung kompliziert durch lokalisierte Organbeschwerden meist gastrointestinaler oder kardiovaskulärer oder schließlich sexueller Natur.
3. Allgemeine nervöse Erschöpfung mit depressiver Verstimmung bis zur ausgesprochenen Hypochondrie.
4. Allgemeine nervöse Erschöpfung mit zerebralen oder spinalen Begleiterscheinungen, wie funktionellen Lähmungen und Kontrakturen, Bewußtseinstrübungen und Krampfzuständen.
5. Allgemeine nervöse Erschöpfung mit ausgesprochenen Zwangszuständen (Zwangsdenken und Zwangshandlungen).
6. Allgemeine nervöse Erschöpfung bei angeborener Psychopathie und geistiger Minderwertigkeit.

Wie sich aus dieser Einteilung erkennen läßt, ergibt sie ohne weiteres ein im steigenden Maße prognostisch ungünstiges Bild.

Differentialdiagnostisch müssen ausgeschieden werden: Rheumatismus, Polyneuritis gegenüber der vorkommenden Polyneuritis neurasthenica (Alkohol), Hysterie, Epilepsie, Melancholie, Dementia praecox und Paralyse.

Auszuschließen sind auch ausgesprochener Basedow und Kommotionsneurosen nach perforierenden Kopfverletzungen oder Schädelbasisbruch.

Sehr häufig finden wir vergesellschaftet mit der allgemeinen nervösen Erschöpfung: allgemeine Körperschwäche bis zur ausgesprochenen Unterernährung, Blutarmut, mehr oder minder starken Grades, und jetzt im Kriege vor allem auch Rheumatismus, Neuralgien und Bettnässen.

Schwer zu ziehen ist oft die Grenze zur Hysterie, so daß ein Krankheitsbild unter dem Namen Hystero-Neurasthenie zusammengefaßt worden ist.

Ich möchte die Bezeichnung Neurasthenie am liebsten ganz vermieden sehen, da sie als allgemein bekannte Krankheit das Krankheitsempfinden des Patienten stark unterstützt, und würde daher auch in diesem Falle von allgemeiner nervöser Erschöpfung sprechen.

Was die Ätiologie der Erkrankung betrifft, so sehen wir im allgemeinen im Frieden die gebildeten Kreise und die Arbeiterbevölkerung der Großstädte am meisten befallen, d. h. diejenigen, die leicht einer gewissen Verweichlichung unterliegen und dabei geistig mehr oder weniger stark und oft unter sehr unsympathischen Verhältnissen arbeiten müssen oder aber verhältnismäßig widerstandsunfähig gegen äußere Einflüsse sind, oder diejenigen, die starke körperliche Arbeit unter hygienisch mehr oder weniger ungünstigen Verhältnissen leisten müssen.

In der Statistik des von mir geleiteten Sanatoriums überwiegen die Lehrer, Pastoren, Kaufleute, Eisenbahnbeamten, Postbeamten, Telephonistinnen, Verkäuferinnen und Schwerarbeiter.

Es kann im allgemeinen der Grundsatz aufgestellt werden: Arbeit allein verursacht keine nervöse Erschöpfung, solange im normalen Körper die Selbststeuerung durch geeignete Erholung, vor allem durch Schlaf erhalten ist, wohl aber entsteht die Krankheit, wenn Arbeit geleistet werden muß, die mit immer wiederkehrendem Ärger verbunden ist.

Sonst müssen andere Momente zur Entstehung des Krankheitsbildes mit beitragen, wie z. B. Sorgen und Not, Überanstrengungen, schwächende Krankheiten, Gifte, wie Alkohol, Nikotin und andere Ursachen mehr.

Zurzeit kommt hauptsächlich und für unser Soldatenmaterial vor allem in Frage: Überanstrengung durch Dauermärsche und die sonstigen Anforderungen des Kriegsdienstes, Schlafmangel, unregelmäßige oder auch mangelhafte Verpflegung, langdauernde anstrengende Schlachten, Blutverluste, Fieber, Schmerzen, Eiterungen, Infektionskrankheiten, Wirkungen des Granatfeuers, Affekte, affektvolle Erwartung, Zwang, d. h. Beengungsgefühle im Graben, Ansehen der Opfer des Schlachtfeldes, Sorgen um die Heimat und daneben auch gekränkter Ehrgeiz, unangenehme kameradschaftliche oder Vorgesetztenverhältnisse, Versetzungen und krankhafter Insubordinationsdrang.

Die Symptome der allgemeinen nervösen Erschöpfung sind in der überwiegenden Mehrzahl subjektiver Natur, während objektiv der Befund oft ein mehr oder weniger negativer ist.

Man ist also in der Mehrzahl der Fälle hauptsächlich auf die Klagen des Kranken angewiesen und wird sich mit wenigen objektiven Symptomen begnügen müssen — ein für den Arzt, aber in vie-

len Fällen auch für den Kranken nicht gerade beneidenswerter Zustand.

Da in den meisten Fällen eine krankhafte Überwertung der Erscheinungen seitens des Kranken auf Grund krankhaft gesteigerter Empfindlichkeit vorliegt, ist es um so schwerer für den Arzt, die Krankheitserscheinungen richtig zu bewerten.

Es kann dies daher niemals die Sache einmaliger Untersuchung sein, sondern immer erst der Erfolg längerer Beobachtung.

Das Hauptsymptom ist das der allgemeinen Ermüdung und Erschöpfung.

Wir müssen unter den Symptomen unterscheiden körperliche und psychische und solche, die wir durch die Untersuchung mehr oder weniger leicht feststellen können und welche nicht festzustellen sind.

Direkt festzustellen sind: Nachröten der Haut bei Bestreichen, Herzklopfen, Schmerzpunkte, Empfindungsstörungen, Gesichtsfeldeinengung, Händezittern, Lidflattern, Reflexsteigerungen, allgemeine Überempfindlichkeit, erhöhte Ablenkbarkeit, Reizbarkeit, Suggestibilität, Stimmungsanomalien, vasomotorische und angioneurotische Störungen.

Durch die Beobachtung festzustellen sind: Schwindel, Schlaflosigkeit, Überempfindlichkeit gegen Sinneseindrücke, Angstzustände, Mangel an Selbstvertrauen und Zwangszustände.

Nicht zu beweisen sind die sehr häufigen Klagen des Kranken über: Eingenommenheit des Kopfes, Kopfdruck bis zum Kopfschmerz, seine Klagen über allgemeine Schwäche, Unlust und Leistungsunfähigkeit auf geistigem und körperlichem Gebiet — und doch sind gerade diese Klagen mitunter die einzigsten, die von dem Patienten vorgebracht werden können.

Sehr häufig finden wir nervöse Herzstörungen, die sich in starker Steigerung der Pulsfrequenz und Extrasystolen bei sonst normalem Organbefunde äußern (von Prof. Borchhardt als Kriegstachykardie bezeichnet).

Bei der Untersuchung der Kranken müssen wir selbstverständlich zunächst jede organische Erkrankung des Zentralnervensystems ausschalten, müssen weiterhin auf Erscheinungen von Basedow achten, auf Präsklerose (Blutdruckmessung), auf Herzfehler (Pulskontrolle), auf Mitbeteiligung der Nieren (Urinbefund), auf Blasen-, Magen- und Darmleiden, auf Anämie (Blutprobe), auf Lues (Wassermann), auf Krämpfe (wir finden nicht selten bei Psychopathen affektepileptische oder reaktivepileptische Anfälle und müssen uns vor der Diagnose Epilepsie wegen des späteren Fortkommens des Kranken hüten — auch Oppenheim erwähnt bei nervösen Erschöpfungszuständen epileptiforme Anfälle), auf Imbezillität und Psychose.

Vor allen Dingen ist es außerordentlich wichtig, eine eventuelle ausgesprochene endogene Belastung des Kranken festzustellen, wichtig wegen der Prognose und wegen der Rentenbeurteilung.

Wir kommen dann zur Therapie der allgemeinen nervösen Erschöpfung.

Bei der Behandlung dieser Krankheit ist vor allen Dingen die Erkenntnis von großer Wichtigkeit, daß die nervösen Erschöpfungszustände in der Hauptsache seelischer und nur in geringem Grade auch körperlicher Natur sind. Es steht demnach die Psychotherapie bei weitem im Vordergrunde des gesamten mehr oder weniger daneben anzuwendenden Heilapparats.

Eine wesentliche Grundlage der Behandlung ist die Schaffung einer persönlichen Beziehung zwischen dem Behandelten und dem Arzt. Das Verhältnis muß, wie Engelen-Düsseldorf sagt, das des Hilfsbedürftigen zu einem Stärkeren sein.

Dabei ist im Gegensatz zu der Behandlung der Hysterischen durchaus nicht erforderlich, daß das Vorgesetztenverhältnis in ausgesprochener Weise hervorgekehrt wird, ja es ist dies oft sogar hinderlich.

Es ist demnach das Tragen der Uniform, so vorteilhaft es gegenüber Hysterischen sein mag, keine Notwendigkeit, ja in vielen Fällen direkt unzweckmäßig, da der Kranke oft aus lauter Respekt oder gar aus Furcht nicht aus sich herauszugehen wagt, was aber zur Beobachtung unbedingt notwendig ist.

Der Arzt soll dem Kranken als hilfreicher Freund erscheinen, der gewillt ist, ihm allerdings unter Umständen auch unter Einsetzung aller Energie und unangenehm empfundenen Zwangs seine Gesundheit wieder zu verschaffen.

Das Hauptmittel in der Behandlung ist demnach die vernünftig angewandte Suggestion, bestimmter ärztlicher Zuspruch, unterstützt durch Aufklärung über das belanglose Wesen der Erkrankung und ihre leichte Heilbarkeit.

Es muß dem Kranken klar gemacht werden, daß sein nervöser Erschöpfungszustand keine eigentliche Krankheit ist, sondern eine natürliche Reaktion auf leicht ersichtliche Ursachen und daß, wie jede Reaktion, auch diese mit Hilfe des Arztes bald abklingen wird. Der Arzt muß machtvoll seine ganze Persönlichkeit einsetzen, er muß immer wieder das Pflichtgefühl und den Willen zur Gesundheit wecken.



Es muß dem Kranken beigebracht werden, daß er ein weit größeres Interesse daran hat, sich zu bessern, als krank zu bleiben.

Alle Anwendungen sind machtlos ohne diese Psychotherapie.

Gerade bei dieser Erkrankung muß der Arzt auch Erzieher sein.

Neben der seelischen Beeinflussung sind natürlich somatische Behandlungsweisen, vor allem solche, die die allgemeine Widerstandsfähigkeit des Körpers heben, nicht zu vernachlässigen — sie sind um so besser, wenn sie und je mehr sie mit Belehrung verbunden werden können.

Außerordentlich wichtig ist bei den Behandlungsarten ihre Fähigkeit, die Aufmerksamkeit des Kranken von der Krankheit und ihren einzelnen Erscheinungen abzulenken, und der Wert der therapeutischen Maßnahmen richtet sich nach der Größe dieser Fähigkeit.

Obenan steht in dieser Beziehung die Arbeit, daneben meiner Ansicht nach ganz vorzüglich die in größerem Verbande ausgeführte Gymnastik, das Turnen, die Turnspiele und der Sport.

Auf die günstigen Wirkungen dieser Heilmaßnahmen auf Körper und Geist brauche ich wohl kaum hinzuweisen, die Steigerung des Stoffwechsels, die Begünstigung der Zirkulation und damit Anregung der Herzaktionen und Kräftigung des Gesamtorganismus, die Anregung der Verdauungstätigkeit, Förderung der Lungenein- und -ausatmung, Steigerung des Appetits und Besserung des Schlafs. Die Arbeit wirkt im günstigsten Sinne erzieherisch, sie hebt das Selbstvertrauen, die Energie und die Initiative, vermindert die Selbstbeobachtung, verbessert die Stimmung und erzieht zu Konsequenz und Konzentration. Die Arbeitstherapie ist nach ihrer Form, wie nach ihrem Effekt eine Willenstherapie.

Die Arbeitsmöglichkeiten sind unbegrenzt, am zweckmäßigsten ist die Arbeitstherapie in größerem Verbande, unter Kontrolle und im Freien.

Am leichtesten und daher am meisten anwendbar ist die rein körperliche Arbeit, am zweckmäßigsten ihre Kombination mit geistiger Tätigkeit.

Absolut notwendig ist eine sorgfältige ärztliche Dosierung der Arbeit.

Außerordentlich günstig und von der Krankheit ablenkend wirken systematische Körperübungen ohne und mit Apparaten, im Freien und in der Halle, und erweitert zu Turnspielen oder Sport. Auch hier ist ärztliche Dosierung, am besten auch ärztliche Mitwirkung außerordentlich wichtig.

Ich kann mich auf die Behandlungsarten dieser Krankheit leider im Rahmen dieses Aufsatzes nicht ausführlicher einlassen.

Bemerken möchte ich nur, daß ich, wo es nur irgend die Zeit mir erlaubt, persönlich die gymnastischen und turnerischen Übungen leite, auch ab und an persönlich an der Arbeit teilnehme. Ich halte diese Teilnahme des Arztes an diesen Behandlungsarten für außerordentlich wichtig, einmal für die Kranken, weil sie sich von einer Heilmethode, die auch der Arzt selbst ausübt und gewissermaßen an sich demonstriert, entschieden mehr Erfolg versprechen, dann auch für den Arzt, da nichts ihn so sehr in den Stand versetzt, seine Kranken kennen und beurteilen zu lernen, wie neben der Psychotherapie diese Behandlungsarten, bei denen er mit ihnen in innige Berührung kommt.

Unter den gymnastischen Übungen bevorzuge ich gern solche, wo auf kurzes militärisches Kommando hin jeder Einzelne schnell und exakt eine bestimmte, ihm angewiesene Stellung einnehmen muß, wie z. B. Pyramidenstellungen, oder ich lasse sogenannte Gleichgewichtsübungen ausführen, wo durch Innehalten des Körpergleichgewichts eine Beherrschung der gesamten Muskulatur erforderlich ist, oder aber ich lasse Freiübungen ausführen, bei denen von vier Reihen je zwei verschiedenartig üben oder bei denen kompliziertere Stellungen eingenommen werden und die daher gespannte Aufmerksamkeit und Nachdenken neben schneller Entschlußfähigkeit verlangen.

Unter den verschiedenen Sportarten schätze ich am höchsten ein den Schneeschuhsport, eine Wertschätzung, die ich zur Genüge am eigenen Leibe erfahren habe. Die Wirkung wird hier neben der rein sportlichen Leistung durch die außerordentlich wohltuende Sonnenisolation noch erhöht.

Daneben halte ich für sehr zweckmäßige therapeutische Maßnahmen Ausflüge mit den Kranken und Unterhaltungsabende, zu denen sie selbst das Material liefern und die vom Arzte ausgezeichnet benutzt werden können, von mir auch regelmäßig benutzt werden, um aufklärend und belehrend und damit erzieherisch zu wirken. Hier geht der Kranke ganz aus sich heraus und offenbart dem Arzt voll seine Schwächen, läßt ihn aber auch erkennen, an welchen Punkten er am besten den Hebel zur Besserung ansetzen kann.

Hier wird der Kranke ausgezeichnet von seiner Krankheit abgelenkt und damit der erste Schritt zur Besserung getan. Hier vergißt der Kranke in dem Arzt den Vorgesetzten, sieht mehr den helfenden Freund und gewinnt Vertrauen. Vertrauen aber ist in der Behandlung die Hauptsache.

Ich teile im Sanatorium die Behandlung, ähnlich



wie auch Hirschfeld es empfohlen hat, so ein, daß ich an drei Tagen die somatische Behandlung durch Elektrisieren, Massage, Bäder und andere Maßnahmen festsetze und auf die drei anderen Tage der Woche die Beschäftigung und Gymnastik verlege, letztere genau und nach Stunden dosierend, wobei ich prinzipiell keinen Kranken beschäftige, bevor ich ihn nicht vierzehn Tage lang beobachtet habe, und während dieser Zeit an Stelle der Arbeitstage drei Ruhetage mit Liegekur ansetze.

Die Persuasion nach Dubois eignet sich für



den Einzelfall individuell und bei Erübrigung von viel augenblicklich nicht zur Verfügung stehender Zeit, und dann auch nur für den intelligenten Kranken.

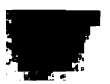
Es handelt sich hierbei um eine Bekämpfung der falschen Vorstellungen des Kranken durch Verstandesgründe. Der Kranke soll auf dem Wege folgerichtiger Überlegung Seelenstärkung gewinnen. Sie stellt ein nicht zu unterschätzendes Heilmittel im Einzelfall dar.

Bei stark ausgeprägter Gedächtnisschwäche, die von den meisten Kranken übertrieben gewertet wird, empfiehlt es sich, Denkaufgaben zu stellen unter Prüfung der Gedächtnisleistungen und mit der Heranziehung der Selbstkontrollierung.

Neben der seelischen Beeinflussung und den von der Krankheit ablenkenden Behandlungsarten können nach dem Ermessen des Arztes individuell gehandhabt so ziemlich alle Arten des neurologischen Heilapparats, wie hydrotherapeutische Maßnahmen, Elektrizität (und zwar: Galvanisation, Faradisation, Franklinisation, Hochfrequenzstrombehandlung); Massage, diätetische Maßnahmen, Luftbäder, Liege- und Mastkuren herangezogen werden.

Arzneimittel sind im allgemeinen entbehrlich. Bei ausgesprochener Schlaflosigkeit wird man im Anfang, wenn die Schlaflosigkeit schädigender ist als Schlafmittel, nicht ganz ohne diese auskommen. Es genügt jedoch meistens ein leichtes Schlafmittel wie Bromural oder Adalin.

Etwas häufiger wird man allgemein die Bromide heranziehen, etwa in Form der Mixt. nervin. nach den Magistralformeln. Bei kardiovaskulären Stö-



rungen wird man wegen seiner leicht tonisierenden Beeinflussung der Vasomotoren Baldrian verwenden. Zur Besserung des Allgemeinbefindens und Verbesserung der Blutbildung empfiehlt sich unter Umständen Arsen. Eventuell sind noch Phosphorpräparate zu empfehlen.

Diätvorschriften sind meist entbehrlich. Wünschenswert ist eine Belehrung der Kranken, daß gutes und ausreichendes Kauen vor gastrointestinalen Beschwerden schützt. Alkohol verbiete ich in mäßigem Grade nicht, außer bei Intoleranz. Eine Einschränkung des Rauchens halte ich für zweckmäßig.

Quergalvanisation des Gehirns wirkt in vielen Fällen schlafförderngd und bei Angst beruhigend und wird in diesem Sinne auch von Oppenheim empfohlen. Schlafwirkung sieht man auch häufig von der elektrischen Kopfdusche, nach Allgemeinbehandlung mit Faradisation und mit Hochfrequenzstrom.

Bei der Hydrotherapie ist zu bedenken, daß durchschnittlich Kälte anreizend, Wärme beruhigend wirkt, daß Kälte den Puls verlangsamt, Wärme ihn beschleunigt. Luftbäder sind als Mittel zur Abhärtung außerordentlich empfehlenswert.

Einfache nervöse Erschöpfung geht oft schon nach Ruhebehandlung im Lazarett zurück.

Mitunter ist Bettbehandlung mit der damit verbundenen Langeweile, eventuell auch Abschließung vom Verkehr mit anderen zweckmäßig, außerordentlich empfehlenswert sind Liegekuren im Freien ohne allzu große Rücksicht auf die Witterungsverhältnisse und bei körperlich stark Heruntergekommenen verbunden mit Mastkuren.

Nervöse gehören in eine Nervenabteilung, und zwar am besten in eine solche, die alle Behandlungsmethoden, vor allen Dingen Psychotherapie, verschiedenartigste Beschäftigung, Gymnastik und Turnen, Sport und belehrende Unterhaltung garantiert.

Solche Nervenabteilungen sind wenig günstig in der Großstadt aus leicht begreiflichen Gründen, dagegen sehr zweckmäßig auf dem Lande, fern von der Stadt.

Notwendig in einer Nervenheilstätte ist eine einheitliche und straffe ärztliche Leitung, rücksichtslose Disziplin und gut geschultes Personal, auch Schwestern, die nicht die Kranken bemitleiden, sondern nach den Intentionen des Arztes ihr Augenmerk nur auf die Wiederherstellung ihrer Pfleglinge richten.

Außerordentlich wünschenswert für eine Anstalt, in der Nervöse untergebracht sind, ist das Vorhandensein solcher Leute, die im Felde Tüchtiges leisteten, die offensichtlich möglichst schnell geheilt werden wollen und deren Beispiel dann auf die übrigen außerordentlich günstig einwirkt.

Sehr beherzigenswert ist der Vorschlag von Lewandowsky, an der Front Neurosen-Lazarette zu gründen und die Rückfälligen aus der Heimat dorthin zu verlegen.

Die Hypnose betrachte ich als ein Ultimum refugium, glaube allerdings, daß sie bei ausgesprochenen Zwangszuständen Günstiges leistet.

Wichtig ist, falls dieses in Frage kommt, der Rat des Arztes bei Berufswechsel ev. auch bei der Wahl des Berufes.

Was den Verlauf der Krankheit anbetrifft, so ist er in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein durchaus günstiger.

Die meisten nervös Erschöpften können als kv. ins Feld entlassen werden.

Die Rentensucht spielt hier eine weit geringere Rolle wie bei der Hysterie oder sog. Unfallsneurose, da eine Rentenentschädigung meist nicht in Frage kommt, wenigstens wenn der Arzt von vornherein in günstigem Sinne aufklärend wirkt, und wenn es sich nicht um verschleppte und durch langwierige Behandlung verdorbene Fälle handelt.

Viel eher werden Rückfälle hervorgerufen durch die Furcht der Kranken vor der Wiedereinstellung, die Angst vor der Rückkehr ins Feld, durch das mit der Länge der Kriegsdauer bei nervös nicht vollwertigen Personen steigende Grauen vor dem Kriege.

Auch hier kann der Arzt durch Aufklärung, durch Vorträge, die an die Soldatenpflicht, an die Vaterlandsliebe appellieren und an den Mut der Kameraden im Felde erinnern, Gutes wirken, den Willen zur Gesundheit wecken und die Unlustgefühle beseitigen helfen.

Prognostisch liegt der Fall um so ungünstiger, je komplizierter er ist und je größer die psychische Alteration ist, d. h. die Prognose steigt in ungünstigem Maße in der Reihe der vorgenannten Klassifikationen von der allgemeinen nervösen Erschöpfung ohne Komplikationen bis zur allgemeinen Erschöpfung mit ausgesprochenen Angstzuständen und bei angeborener geistiger Psychopathie und Minderwertigkeit.

Ganz allgemein kann man sagen, je stärker die krankhafte Veranlagung, desto geringer braucht die auslösende Ursache zu sein und desto hartnäckiger erweist sich der kranke Zustand.

Eine Verschlechterung bei Festsetzung des Entlassungstermins darf nicht zu einer Verschiebung desselben führen.



Ich komme dann noch zu der Frage der eventuellen R e n t e n e n t s c h ä d i g u n g.

Eine solche wird meist nicht in Frage kommen, da man bei vernünftiger Anwendung der Heilmaßnahmen in der größten Mehrzahl der Fälle zu weitgehendster Besserung oder Heilung gelangen wird.

Das wichtigste ist die Prüfung, ob überhaupt eine Dienstbeschädigung vorliegt oder nicht.

Sehr gefährlich ist, aus Bequemlichkeit zunächst eine kleine Rente zu beantragen; man erregt damit die rein menschlichen Begehrungsvorstellungen und schafft das erste Glied einer unübersehbaren Kette von Rentenansprüchen, Festsetzungen, Revisionen, neuen Ansprüchen, kurzum zum Rentenkampf.

Wohl die meisten Neurologen werden der Ansicht sein, daß eine — wenn man sich so ausdrücken kann — „harte" Beurteilung der Ansprüche im Interesse des Kranken, d. h. zu seiner weiteren Gesundung und im Interesse des Staates notwendig ist. Die Zeit verträgt weder Sentimentalität noch unnötige Verschwendung des Volksvermögens und fordert eine, wenn auch dem Unkundigen manchmal hart erscheinende Gerechtigkeit.

Unbedingt wünschenswert ist, wenn überhaupt eine Rente gewährt werden muß, eine möglichst baldige einmalige Abfindung.

Die Prognose der Abfindung ist nach dem Urteil wohl der meisten gut, um so günstiger, je schneller sie erfolgt. Natürlich ist eine genaue Diagnose unter Berücksichtigung aller Begleitumstände erforderlich.

Leider ist in der Pensionierungsvorschrift für das deutsche Heer keine Kapitalabfindung vorgesehen, auch nicht bei kleinen Renten. (Neuerdings ist durch eine Novelle zum Militärpensionsgesetz, wie ich erfahre, eine Kapitalabfindung vorgesehen, und zwar zur Erleichterung für Ansiedlung. Es ist nur ein Teil der Rente, besonders Zulagen, kapitalisierbar.)

Wünschenswert wäre eine Erweiterung der Abfindungsmöglichkeit über die Grenze von 20 v. H. Rentensatz hinaus (R u m p f fordert auf 33 $^1/_3$ v. H., ich meine, man könnte noch höher hinaufgehen).

Nach Abfindung pflegt in den meisten Fällen nach wenigen Jahren Heilung einzutreten.

Unzweckmäßig erscheinen muß die Behandlung Nervöser in Nervenabteilungen, die in ihrer eigenen Heimat liegen, weil das Mitleid der Verwandten



einen gesundheitlich ungünstigen Einfluß ausüben muß.

In der Heimat Erkrankte sollten unter Berücksichtigung der abnormen Kriegsverhältnisse keine Rentenansprüche geltend machen können, abgesehen von vielleicht besonders liegenden Fällen.

Bei im Felde Erkrankten stimme ich mit Lewandowski dahin überein, daß bei symptomenfrei gemachten Nervösen eine Dienstbeschädigung wegen Fehlens einer Gesundheitsstörung nicht anerkannt werden sollte.

Sehr beachtenswert ist der Vorschlag von Prof. Schlayer, Arbeitsversorgungs-Genesungsheime mit strenger Disziplin, ärztlicher Überwachung und weitestgehenden Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, von denen auch die Bevölkerung Kräfte anfordern kann und deren Insassen noch als militärisch eingezogen sich in Lazarettbehandlung befinden.

Zweckmäßig ist auch der Vorschlag desselben Autors auf Gewährung einer Prämie auf Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, ähnlich dem Vorschlag Biesalskis für Kriegsverstümmelte.

Wichtig ist auch der Vorschlag Lewandowskis, die Nervösen durch Fachärzte beurteilen zu lassen und eine neurologische Beratung der die militärärztlichen Zeugnisse kontrollierenden Instanzen einzurichten.

Das wichtigste aber ist Erstrebung der Heilung und Vermeidung der Rente.

Ich komme zu folgenden Schlußsätzen:

Der Arzt, der Nervöse behandelt, soll ihr Führer, ihr Vertrauter und Freund und nicht nur ihr Vorgesetzter sein, er soll aufklärend, belehrend und damit erzieherisch wirken.

Wünschenswert ist die Zusendung Nervöser an Anstalten mit ausgedehntem neurologischen Heilapparat, vor allen Dingen mit organisierter Arbeitsgelegenheit.

Unzweckmäßig ist die Verlegung Nervöser in Lazarette ihrer engeren Heimat.

Zweckmäßig erscheint zunächst die Behandlung in Nervenabteilungen und Arbeitsgenesungsheimen hinter der Front.

Es muß möglichst Heilung erstrebt, Rentenabfindung vermieden werden.

Sehr zweckmäßig würde es sein, wenn sogenannte Renommierfälle, d. h. Leute, die ausgeprägten Genesungswillen haben, als Beispiel zur Belehrung und zur Führung der anderen Kranken länger behalten werden könnten.

Die Abfindungsmöglichkeit müßte erleichtert und über die Rente von 20 v. H. ausgedehnt werden.

Das Einsetzen einer Prämie auf Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit erscheint erstrebenswert.

Militärisch geleitete Arbeitslazarette würden nach dem Kriege zweifellos segensreich wirken können.

Personalnachrichten.

— **Sonnenstein.** Dem Direktor der hiesigen Anstalt, Geheimen Medizinalrat Dr. Ilberg, der als Oberstabsarzt d. R. im Felde steht, wurde das E. K. I. Kl. verliehen. Der stellvertretende Direktor der hies. Anstalt Medizinalrat Dr. Nitsche ist ab 1. 4. 1918 zum Direktor der Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen ernannt worden.

— **Frankfurt a. M.** Am 25. Januar verschied hier Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Edinger.

Für den Textteil verantwortlich: Dr. Bresler, Lüben i. Schl. Die wissenschaftliche Beratung hat Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton in Halle a. S. übernommen. — Erscheint während des Krieges 14tägig in Doppelnummern.
Für den Anzeigenteil verantwortlich: Carl Haenchen in Halle a. S. — Schluß der Anzeigenannahme 6 Tage vor der Ausgabe.
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. — Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle a. S.



Sanatorien und Heilanstalten.

Siehe auch die nachstehenden Seiten.

HEIL-ANSTALT PÜTZCHEN

FÜR NERVEN- UND GEMÜTS - KRANKE

:: GEGENÜBER :: BONN A. RHEIN

BESITZER UND DIR. ARZT DR. A. PEIPERS :: TELEFON-ANSCHLUSS: AMT BONN Nr. 229

Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Nervenkranke zu Endenich, Bonn

Am Fuße des Kreuzberges gelegen. Vom Bahnhof Bonn in 10 Min. mit der elektr. Bahn zu erreichen. Gegr. 1844. 10 Morgen großer Park. Ärzte: Sanitätsrat Dr. von **der Helm** und 1 Assistenzarzt. — Fernsprecher Bonn 1358. Prospekte vers.

Sanitätsrat **Dr. von der Helm, Bonn-Endenich.**

Dr. Seele's Sanatorium „Drachenkopf" Eberswalde bei Berlin

für Nervenkrankheiten, Innerlichkranke und Erholungsbedürftige. Entziehungskuren. Herrliche Wald- und Höhenlage. Alle Zimmer mit Veranden und weitem Fernblick auf die märkische Schweiz. Mäßige Preise. Prospekte bereitwilligst.

Sanatorium von Dr. Th. Brunner

Küsnacht am Zürichsee.

Aufnahme von **Nerven-** und **Gemütskranken, Morphium-** und **Alkoholentziehungskuren.** Prächtige Lage mit ausgedehnten Gartenpromenaden am Seeufer. Mehrere Häuser. Illustrierte Prospekte mit Referenzen zu Diensten.

Dr. med. Th. Brunner.

Leipzig-Thonberg,

Holzhäuserstraße 1 a
Fernsprecher 1246.

Städtische Privat-Heilanstalt Thonberg für Nerven- und Gemütskranke. Aufnahme von freiwilligen Pensionären. Aufnahmebedingungen durch die Direktion.

LINDENHOF bei Dresden

Dr. Piersons Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke.

Bahnstation Coswig, in 20 Minuten von Dresden zu erreichen.

Moderne, in anmutigem Villenstil gebaute, in einem 10 Hektar großen Park gelegene Anstalt für Gemüts- und Nervenkranke beiderlei Geschlechts

Komfort der höher. Stände, Warmwasserheizung, elektrische Beleuchtung. Für Patienten mit außergewöhnlichen Ansprüchen abgeschlossene Wohnungen von 3 Zimmern, Garderobe, Veranda etc.

Näheres durch illustrierten Prospekt. —— Drei Assistenzärzte.

Dirig. Arzt: **San.-Rat Dr. Fr. Lehmann.**

Limonaden-Essenzen und Apparate

liefern vorteilhaft

Goebel & Cie., Elberfeld.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Den verehrlichen Direktionen von Heil- und Pflegeanstalten und Privat-Sanatorien für Geistes- und Nervenkranke empfehlen wir zur Ausschreibung von

Pfleger- und Pflegerinnen-Stellen

die in unserem Verlage erscheinende Zeitschrift

Die Irrenpflege

Monatsschrift f. Irrenpflege und Krankenpflege,

zur Belehrung und Fortbildung des Pflegepersonals an Heil- und Pflegeanstalten.

Redigiert von

Oberarzt Dr. Wickel,

Dziekanka (Posen).

Die zweigespaltene Petitzeile bezw. deren Raum wird mit 40 Pf. berechnet.

Mitinum mercuriale

Mitinquecksilber,

$33\frac{1}{3}\%$ Hg enthaltend, in Röhren à 30 g mit graduiertem Stempel. **Vorzügliches, nachweislich ausgezeichnete** Resultate lieferndes Präparat zur **Schmierkur.** Das Präparat ist in **kürzester** Frist verreibbar, dringt **ungemein leicht** in die Haut ein und färbt nur wenig ab.

Literatur und Proben den Herren Ärzten gratis und franko.

Krewel & Co., G. m. b. H., chem. Fabrik, Köln a. Rh.

Vertreter für Berlin und Umgegend: A. Rosenberger, Arkona-Apotheke, Berlin N 28, Arkonaplatz 5, Fernsprechamt Norden Nr. 8711.



Wollen Sie dem Publikum ein wirklich bekömmliches und erfrischendes Getränk bieten, so versuchen Sie meine erstklassige Qualität in

Champagner-Weiße.

Ich versende zur Probe 1 kg Grundstoff einschließlich Verpackung und frei jeder deutschen Poststation m. **M. 7,25**, gesüßt auf Anfrage.

Mundt & Mylius, Inh. Ernst Mylius, **Bitterfeld.**

Kochtöpfe

in Emaille in allen Größen stets lieferbar, ebenso alle **Glas-, Porzellan-, Steingut- und Holzwaren** für Haus und Küche

Paul Schwenkert, Emaillewarenhaus Dessau

Ständiger Lieferant an Krankenhäuser, Kliniken, Lazarette usw.



Druck: Emil Wolff & Söhne, Halle (S.)

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Programm und Organisation einer Heilschule für Kriegsbeschädigte.

Pädagogisches aus der Kriegsverwundetenfürsorge.

Von

Institutsleiter **R. Bachmaier.**

1916 — Preis 1 M.

Der Krieg und die Reservekräfte des Nervensystems.

Von Hofrat Prof. Dr. **A. Pick** Prag

Preis 1 M.

Lokalisierte und allgemeine Ausfallerscheinungen nach Hirnverletzungen und ihre Bedeutung für die soziale Brauchbarkeit der Geschädigten.

Von Prof. Dr. **G. Aschaffenburg** Köln a. Rhein.

Preis M. 2,—.







